

Université de Montréal

L'intégration des services buccodentaires et des services publics de soins primaires

Par

Hermina Teodorescu

École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en santé publique
Option Gestion des services de santé

Août 2019

© Hermina Teodorescu, 2019

Université de Montréal
Département de Gestion, Évaluation et politiques de la santé

Cette thèse intitulée :

L'intégration des services buccodentaires et des services publics de soins primaires

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Bryn Williams-Jones
Président – rapporteur

Elham Emami
Directrice de recherche

Yves Couturier
Codirecteur de recherche

Lise Lamothe
Codirectrice de recherche

Carl-Ardy Dubois
Membre du jury

Alessandra Blaizot
Examinatrice externe

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	vii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures.....	xii
Liste des abréviations.....	xiii
Dédicace.....	xiv
Remerciements.....	xv
Avant-propos.....	xvii
 INTRODUCTION.....	 1
Précisions sur le choix du sujet de recherche.....	2
Aspect novateur du sujet de recherche.....	3
Organisation de la thèse.....	4
 1. PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	 6
1.1. Questions et objectifs de recherche.....	8
1.2. Pertinence de la question de recherche.....	9
1.3. Sources documentaires.....	10
 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	 15
2.1. La santé buccodentaire et le fardeau des maladies buccodentaires.....	15
2.2. Déterminants de la santé buccodentaire.....	18
2.2.1. Approches théoriques des déterminants de la santé buccodentaire.....	19
2.2.2. Déterminants sociaux et disparités de santé buccodentaire.....	23
2.3. Accès aux services buccodentaires.....	26
2.4. Organisation des services buccodentaires au Canada.....	30
2.5. L'intégration des services buccodentaires et des services primaires.....	33
2.5.1. Les soins primaires et le concept de l'intégration.....	33
2.5.2. Modèles de services buccodentaires intégrés.....	35
2.6. Sources documentaires.....	38

3. METHODOLOGIE	55
3.1. Cadre conceptuel - Description générale	55
3.2. Phase I - Étude de portée.....	57
3.3. Phase II – Étude de cas.....	59
3.3.1. Paradigme de recherche.....	59
3.3.2. Approche de recherche qualitative – <i>Interpretive description</i>	60
3.3.3. Positionnement épistémologique.....	63
3.3.4. Devis de recherche, choix des milieux de recherche et des cas	63
3.3.4.1. Choix des cas	64
3.3.4.2. Les services buccodentaires primaires dans le cas 1	65
3.3.4.3. Les services buccodentaires primaires dans le cas 2	66
3.3.5. Participants et stratégies d'échantillonnage.....	68
3.3.6. Collecte de données	69
3.3.6.1. Entrevues individuelles.....	69
3.3.6.2. Groupes de discussions	70
3.3.6.3. Documents officiels	71
3.3.6.4. Gestion des données.....	71
3.3.7. Analyse des données.....	72
3.3.8. Considérations sur les critères de qualité de la recherche	72
3.3.8.1. La crédibilité/la validité interne.....	73
3.3.8.2. La validité de construit.....	74
3.3.8.3. La transférabilité	74
3.3.8.4. La fiabilité.....	75
3.3.8.5. La confirmabilité.....	75
3.3.9. Encadrement éthique de la recherche	75
3. 4. Sources documentaires.....	76
4. RÉSULTATS.....	82
4.1. Article 1	83
4.1.1. Abstract.....	84
4.1.2. Introduction	85
4.1.3. Methods and analysis.....	87
4.1.4. Ethics and dissemination	90

4.1.5 Conclusion	91
4.1.6. References	91
4.2. Article 2.....	95
4.2.1. Abstract.....	96
4.2.2. Background.....	98
4.2.3. Methods	99
4.2.4. Results	101
4.2.5. Discussion.....	107
4.2.6. Conclusion	108
4.2.7. References	124
4.3. Article 3.....	131
4.3.1. Abstract.....	132
4.3.2. Background.....	134
4.3.3. Methods	135
4.3.4. Results	136
4.3.5. Discussion.....	141
4.3.6. Conclusions	143
4.3.7. References	153
4.4. Article 4.....	160
4.4.1. Abstract.....	162
4.4.2. Introduction	163
4.4.3. Methods	164
4.4.4. Results	169
4.4.5. Discussion.....	179
4.4.6. Conclusion	182
4.4.7. References	182
4.5. Article 5.....	186
4.5.1. Résumé	187
4.5.2. Introduction	191
4.5.3. Méthodologie.....	193
4.5.4. Résultats.....	194
4.5.5. Discussion.....	199

4.5.6. Conclusion	202
4.5.7. Références	202
5. DISCUSSION	208
5.1 Résultats de l'étude de portée et contribution à l'avancement des connaissances.....	208
5.1.1. Cadres conceptuels des services buccodentaires primaires	209
5.1.2. Politiques sur l'intégration des services buccodentaires et des services primaires ...	212
5.1.3. Modèles de services buccodentaires intégrés	213
5.1.4. Facteurs qui influencent l'adoption des stratégies d'intégration	215
5.2. Résultats de l'étude de cas et contribution à l'avancement des connaissances.....	219
5.3. Pertinence des choix méthodologiques et limites de la démarche	225
5.4. Implications pour la recherche	229
5.5. Conclusions et recommandations.....	231
5.6. Sources documentaires	234
ANNEXES	242
Annexe 1	243
Annexe 2	244
Annexe 3	251
Annexe 4	257
Annexe 5	259
Annexe 6	260

Résumé

Malgré son importance, l'intégration de la santé buccodentaire dans les soins primaires reste une pratique émergente dans le domaine des services de santé. L'objectif général de ce projet de doctorat a été de comprendre les concepts rattachés à l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires, l'usage de ces concepts dans le contexte québécois et d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs de cette intégration dans les organisations publiques du Québec.

Nous avons réalisé une étude synthétique de cas conduite avec une approche de recherche qualitative, *interpretive description*, à deux volets, une étude de portée (Levac et al. 2010) et une étude de cas. L'étude de cas a inclus un scan environnemental et une étude holistique de cas multiples, guidés par le cadre conceptuel de Valentijn et al. (2013). Pour le scan environnemental, des données ont été collectées des sites *web* des organisations, des documents opérationnels et des notes d'observation lors des visites d'établissements. Pour l'étude de cas, soixante-quatorze entrevues semi-dirigées et cinq groupes de discussion ont été organisés avec des équipes de soins primaires dans deux organisations de santé, en milieu rural et urbain. La collecte et l'analyse thématique de données ont été conduites simultanément. L'analyse a été réalisée manuellement et avec le logiciel Atlas-ti.

La majorité des politiques relatives à l'intégration de la santé buccodentaire dans les soins primaires est issue de l'approche de facteurs de risque communs. En général, les programmes de soins buccodentaires intégrés reposent sur des partenariats avec des organismes gouvernementaux et des institutions académiques. Ces programmes adoptent diverses stratégies : la création de réseaux interdisciplinaires, la formation des intervenants non dentaires de soins primaires, le champion en santé buccodentaire et l'utilisation des nouvelles technologies. Jusqu'à présent, la majorité des études portant sur ces programmes sont de nature descriptive et peu d'études présentent des résultats à long terme. Le manque de leadership politique et de politiques de santé, les défis de mise en œuvre, la formation unidisciplinaire des intervenants, le manque de continuité des soins, ainsi que les besoins de soins buccodentaires des patients constituent les barrières devant l'intégration. Par contre les politiques de soutien et l'allocation des ressources, la formation interdisciplinaire, les pratiques de collaboration, la présence de leaders stratégiques locaux et la

proximité géographique des organisations de santé avec les bureaux dentaires pourraient la faciliter.

Les aspects normatifs, les trajectoires de soins et les initiatives d'intégration façonnent la prestation des services buccodentaires primaires dans les cas étudiés. Le programme de santé dentaire publique coexiste avec différentes stratégies d'intégration, en majorité des mécanismes informels de liaison et de coordination. Nos résultats s'accordent avec les différents domaines du cadre conceptuel utilisé et comprennent le moteur et l'importance de l'intégration; le rôle des professionnels dans les soins intégrés; et les facteurs qui favorisent ou entravent cette intégration. Notre analyse démontre que la plupart des obstacles étaient liés aux domaines organisationnel et systémique de l'intégration, et que peu de ressources institutionnelles stratégiques sont attribuées à la santé buccodentaire.

Au Québec, la majorité des soins buccodentaires primaires sont fournis dans les secteurs de la santé publique et la pérennité des initiatives d'intégration dans d'autres secteurs de soins primaires reste à démontrer. Une meilleure gestion des ressources, la collaboration interprofessionnelle et le partenariat avec les institutions académiques pourraient contribuer à cette intégration. Des recherches rigoureuses, fondées sur les données probantes sont nécessaires pour l'évaluation des résultats de l'intégration des diverses stratégies sur l'amélioration de la santé buccodentaire, la performance et les coûts engagés par les programmes de santé buccodentaire.

Mots-clé : services buccodentaires, soins primaires, intégration

Abstract

Despite its importance, integrating oral health into primary care remains an emerging practice in the health care services. The general objective of this PhD project was to understand the concept of integration of oral health care with primary care, to contextualize it in Quebec public health organizations, and to identify its barriers and facilitators.

To this end, we conducted a synthetic case study, using a qualitative research approach with an interpretive description methodology. The study comprises two parts: i) a scoping study (Levac et al. 2010) and ii) a holistic multiple case study, guided by the conceptual framework of Valentijn et al. (2013) and including an environmental scan. The data were collected through the organizations' websites, operational documents, and observation notes taken during site visits, as well as via seventy-four semi-structured interviews and five focus groups with primary health care teams working in a rural and an urban health care organization. Data collection and thematic analysis were conducted simultaneously. The analysis was conducted manually and with Atlas-ti software.

Our results showed that the majority of policies related to the integration of oral health into primary care are derived from the common risk factor approach. In general, integrated oral health care programs rely on partnerships with government agencies and academic institutions. These programs adopt a variety of strategies: interdisciplinary networking, training of non-dental primary care providers, championing oral health, and the use of new technologies. So far, most studies of these programs have been descriptive in nature and few studies show long-term results. Lack of political leadership and health policies; implementation challenges; limited stakeholder training; lack of continuity of care; and the oral care needs of patients are the barriers to integration. On the other hand, support policies and resource allocation, interdisciplinary training, collaborative practices, the presence of local strategic leaders, and co-location could facilitate this integration.

Normative aspects, care trajectories, and integration initiatives shaped the delivery of primary oral care services in the two cases. The public dental health program coexisted with different integration strategies, mostly informal liaison and coordination mechanisms. The themes identified

in the study aligned with the domains of the research project's conceptual framework and included: the driver and the importance of integration; the role of professionals in integrated care; and the factors that promote or hinder this integration. Our analysis showed that most of the barriers were related to the organizational and systemic domains of integration, and few strategic institutional resources were allocated to oral health.

In Quebec, the integration of oral health into primary care is carried by the dental public health sector, and the sustainability of integration initiatives in other primary care sectors remains unclear. Better resource management, interprofessional collaboration, and partnership with academic institutions could contribute to this integration. Rigorous, evidence-based research is needed to evaluate the results of integrating the various strategies for improving oral health, performance, and costs incurred by oral health programs.

Key words: oral health, primary care, integration

Liste des tableaux

Tableau 1 – Articles inclus dans la section de résultats (page 82)

Tableau 2 – Stratégie Medline / *Medline strategy* (page 110)

Tableau 3 – Barrières et facilitateurs de l'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires selon les articles de recherche retenus dans l'étude de portée / *Main facilitators and barriers of the integration of oral health into primary care according to the research articles identified in the scoping review* (page 112)

Tableau 4 – Barrières et facilitateurs de l'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires selon les publications de la littérature grise, retenues dans l'étude de portée / *Main facilitators and barriers of the integration of oral health into primary care according to the non-research publications identified in the scoping review* (page 120)

Tableau 5 – L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires : sommaire des programmes intégrés de santé buccodentaire / *Integration of oral health into primary care: Summary of integrated oral health care programmes* (page 147)

Tableau 6 – L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires : Sommaire des résultats de santé buccodentaire / *Integration of oral health into primary care : Summary of oral health outcomes* (page 149)

Tableau 7 – Exemple d'une démarche de codage / *Example of a code tree* (page 167)

Tableau 8 – Barrières et facilitateurs – Thèmes émergents / *Emergent themes of barriers and facilitators* (page 174)

Liste des figures

Figure 1 – Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants (source Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012) (page 23)

Figure 2 – Cadre conceptuel des services intégrés (reproduit avec permission - Valentijn et al. 2013) (page 56)

Figure 3 – Démarche de l'étude de portée / *Flow chart of the scoping review* (page 109)

Figure 4 – Stratégies d'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires basées sur le modèle de Valentijn et al. (2013) / *Strategies for integration of oral health into primary care based on the Valentijn et al. (2013) integration framework* (page 145)

Figure 5 – Démarche de l'étude de portée / *Flow chart of the scoping review* (page 146)

Liste des abréviations

BPOC - *Basic package of oral care*

CHSLD – Centre d’hébergement et de soins de longue durée

CISSS/CIUSSS – Centre intégré (universitaire) de santé et des services sociaux

CLSC - Centres locaux de services communautaires

CMDP – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CRFA - Approche de facteurs de risque communs / *Common risk factor approach*

CSDH – Commission pour les déterminants sociaux de la santé

ESCC - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FDI – Fédération dentaire internationale

GMF – Groupe de médecine familiale

INSPQ - Institut national de santé publique du Québec

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux

ODQ – Ordre des dentistes du Québec

OCDE - Organisation de coopération et de développement économiques

OMS – Organisation mondiale de la santé

PAR – Plan d’action régional

IADR – Association internationale de recherche dentaire / *International association of dental research*

PNSP – Programme national de santé publique

POHCA – Approche de soins buccodentaires primaires / *Primary oral health care approach*

PSI – Plan de services individualisés

RAMQ – Régie d’assurance médicaments du Québec

SIPPE - Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Dédicace

À mon tourne-vie

Remerciements

Cette thèse reflète sans doute une expérience façonnée par la mise en commun des contributions de plusieurs personnes. Le temps investi dans ces rencontres extraordinaires m'a ouvert un regard complémentaire sur le milieu de travail et sur moi-même et je suis reconnaissante à tous ceux qui d'une manière ou d'autre, m'ont généreusement donné de leur temps pendant ce parcours.

J'ai eu la chance et le privilège d'être encadrée par trois personnes d'exception, expérimentées et reconnues dans leurs champs d'expertise respectifs, et le défi d'**intégrer** - mot clé dès le départ de la démarche - leurs perspectives dans un ouvrage final, qui porte aussi l'empreinte de la mienne.

Tout d'abord, je remercie Dre Elham Emami, professeure et doyenne à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill. Je la remercie pour son soutien, sa patience et les conseils qu'elle m'a offerts tout au long de ce parcours. J'ai profité d'une attention privilégiée et sa force de travail m'a inspirée quand mes ressources semblaient épuisées.

Je souhaite également remercier Dr Yves Couturier, professeur au Département de travail social de l'Université de Sherbrooke, pour le soutien à ma démarche et tous les conseils enrichissants pour mon travail de recherche. Son appui permanent et sa contribution analytique m'ont fortement aidée à évoluer dans mon cheminement.

Je témoigne ici ma reconnaissance envers Dre Lise Lamothe, professeure à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle a su m'entourer d'une merveilleuse complicité à travers les moments les plus difficiles et douloureux de ces années. Aux signes des incroyables revers de parcours et d'insomnies, elle a constamment opposé une présence bienveillante et un dialogue porteur d'éclairages précieux.

Je remercie également tous les membres du jury pour le temps investi à la révision de cette thèse.

Ensuite, je remercie les participants à l'étude, qui ont accepté de partager leur vécu et leurs expériences de travail. Toutes ces personnes que je ne peux pas nommer, interlocuteurs patients, curieux et éloquents, ont contribué directement au développement de ce projet.

Aussi, merci à Patrice Dupont et à Nathalie Clairoux, guides à la bibliothèque de l'Université de Montréal; merci Chantal et Martine pour la disponibilité, la patience et l'écoute; et merci Catalin pour avoir assuré le fonctionnement sécuritaire et à pleine capacité de tous les appareils électroniques utilisés dans la recherche.

Avant-propos

Public health is about the way we live

Dickens BM

On demande souvent aux candidats au doctorat le raisonnement derrière le choix du sujet de recherche. Comme dans la plupart des cas, une motivation de nature personnelle et une professionnelle ont dicté mon choix. La motivation personnelle inclut toujours un aspect inachevé de mon projet de vie et ne sera pas détaillée ici. Quant à la motivation professionnelle, elle est issue de ma formation. Mon passé comprend des études de second cycle en médecine dentaire et deux années de troisième cycle en médecine sociale et préventive à la Faculté de médecine de Iasi, Roumanie, auxquelles s'ajoutent des études de premier cycle en soins infirmiers et de deuxième cycle en administration des services de santé à l'Université de Montréal. Ce bagage, bâti parallèlement avec des expériences de travail dans les systèmes de santé de trois pays de niveaux socioéconomiques différents, façonne mes pensées et ma perception du système de santé québécois.

Il n'est donc pas surprenant que, dès mes premiers jours de travail, mon regard se soit dirigé vers l'exercice de la profession dentaire au Québec. Des enjeux multiples de financement, administration, enseignement, prestation de services et transfert de connaissances en santé buccodentaire offrent de nombreux sujets potentiels de recherche. J'ai choisi d'allouer ces années d'études à un sujet de premier niveau, un travail de **défrichage** en quelque sorte, mais qui décloisonne et ouvre un pont entre la profession dentaire et les autres professions de la santé. J'espère que ce travail trouvera écho dans l'esprit d'autres étudiants et qu'ils seront en mesure de le porter en avant, un pas à la fois.

Cette thèse se structure autour de cinq articles sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires. Trois autres articles avec comité de lecture, non insérés dans cette thèse, ont été publiés pendant mon parcours académique dans le but de vulgariser des aspects du sujet de la thèse et pour sensibiliser les professionnels et les étudiants en santé publique à ces aspects.

Le premier se retrouve sous la référence:

- Teodorescu H. Les soins buccodentaires de première ligne: entre nécessité et illusion. *Dire*. 2015; vol. 24 (1).

Il est le premier article publié par un étudiant de l'École de santé publique de l'Université de Montréal dans la revue *Dire*, qui publie des articles de vulgarisation scientifique rédigés en français par des étudiants de cycles supérieurs (disponible sur : <https://www.ficsum.com/dire-archives/hiver-2015/sante-les-soins-buccodentaires-de-premiere-ligne-entre-necessite-et-illusion/>).

Les deux autres articles ont été publiés dans la revue *Santé Publique* dans la rubrique Pratiques et organisation de soins, et ils se retrouvent sous les références :

- Harnagea H. La santé buccodentaire: quel rôle pour l'infirmière au Québec? *Santé Publique*. 2016; vol. 28(6), 801-805. doi:10.3917/spub.166.0801. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-6-page-801.htm>
- Harnagea H. Collaboration interprofessionnelle pour la santé buccodentaire des personnes âgées – esquisse de mise en œuvre. *Santé Publique*. 2018; vol. 30(3), 383-388. doi:10.3917/spub.183.0383. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-383.htm>

INTRODUCTION

« Sur papier, on a déjà une structure qui intègre, c'est le CMDP (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens), le nom est là, les dentistes ne le sont pas, dans les 30 ans que je suis ici, cette semaine c'est le premier moment, ce mois-ci, où je donne des privilèges à un dentiste dans notre centre. Et c'est pour faire des cas les plus démunis; là, on ne parle pas de la première ligne, on parle des gens en perte d'autonomie et je pense que c'est comme la deuxième ligne dentaire quand on est obligé de faire anesthésie générale pour donner des soins dentaires; même si les soins eux-mêmes sont des soins qu'on pourrait peut-être donner... faire dans la première ligne, la condition du patient le met dans un autre niveau »

(Extrait d'entrevue, P2)

En guise d'ouverture de la thèse, cette citation cache entre ses lignes l'idée directrice, l'étendue et les limites de ce travail. Dans un souci de clarté des propos présentés au lecteur, nous croyons utile de présenter quelques informations sur la signification de certains de nos choix et sur l'organisation de la thèse.

Précisions sur le choix du sujet de recherche

Qualifié à priori de *beveridgien* et doté actuellement de deux paliers de gouvernance, le système de santé québécois est majoritairement public. Il se distingue par le rôle du gouvernement fédéral au niveau normatif et financier, la régionalisation du réseau et le pouvoir décisionnel de l'État dans la composition du « panier de services » offerts à la population. La part de services buccodentaires dans cette offre publique de services demeure très limitée, les services buccodentaires étant dispensés en grande majorité dans le secteur privé.

Dans le système de santé, la hiérarchisation des points de services renvoie à la classification classique de soins primaires, secondaires, tertiaires qui correspondent aux soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés ou encore, selon un usage commun dans le système public de santé québécois, aux soins de première, deuxième et troisième ligne¹. Nous avons gardé l'appellation de « services de première ligne » pour le travail de terrain (guides d'entrevues et formulaires

¹ Gouvernement du Canada. Le système de soins de santé du Canada. Consulté sur <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.

d'information et de consentement), en concordance avec l'usage communément reconnu par la majorité des participants à notre étude.

Le propos de cette thèse se centre sur les services buccodentaires dispensés ou pouvant être dispensés, dans les soins primaires du secteur public. Nous utilisons, de façon interchangeable, les appellations de « services buccodentaires primaires » / « soins buccodentaires primaires » pour désigner ces services. Ce choix est motivé par la volonté de rendre compte en priorité des avenues d'organisation de services buccodentaires dans le secteur d'activité prédominant du système de santé du Québec. Toutefois, cela ne doit pas dissimuler l'importance d'orienter de futures recherches vers le secteur privé. Notre choix revêt un caractère jugé prioritaire en raison de sa pertinence au regard des transitions démographiques et de l'évolution du rôle de l'État, dont les actions au fil du temps se déclinent dans une multitude de réformes de la santé, non inclusive pour la santé buccodentaire. Nous tentons ainsi d'ouvrir la voie vers un meilleur arrimage – ne serait-ce que pour questionner sa faisabilité – de la dualité des dimensions publique et privée dans la prestation des services buccodentaires généraux.

Aspect novateur du sujet de recherche

Cette thèse aborde un sujet très peu étudié dans la recherche organisationnelle et la recherche clinique. En raison des pratiques largement cloisonnées dans les systèmes de soins médicaux et dentaires, les professionnels de la santé se heurtent à des obstacles considérables dans la prise en charge globale des besoins de santé. Notre recherche met en lumière ces obstacles et explore les conditions gagnantes pour l'adoption des réseaux formels de soins intégrés afin d'améliorer des résultats de santé. Les contributions importantes de la thèse sont de nature substantive, théorique et empirique. La thèse apporte de nouvelles données en présentant une première synthèse de connaissances sur le sujet, guidée par un cadre conceptuel général qui regroupe le concept de soins intégrés et celui de soins primaires. De ce fait, la thèse apporte aussi une contribution théorique relative à la clarification des définitions des différents niveaux et domaines de soins intégrés pour les services buccodentaires primaires et permet plusieurs perspectives d'analyse des soins buccodentaires intégrés.

La contribution empirique de la thèse s'appuie sur l'expérience des professionnels de soins primaires dentaires et non-dentaires, et montre les défis associés à l'adoption des stratégies d'intégration des services buccodentaires dans le contexte organisationnel des soins primaires. Il s'agit d'une première exploration de ces défis au Canada, ouvrant la voie aux recherches futures sur les facteurs particuliers d'implantation des stratégies de services buccodentaires intégrés.

Organisation de la thèse

La thèse se déploie en cinq parties. La première porte sur la problématique et les objectifs de recherche, la deuxième présente l'état des connaissances relatives aux concepts associés aux services buccodentaires primaires et dirige ensuite le lecteur vers l'objet de la troisième partie : le cadre conceptuel et la méthodologie. La quatrième section regroupe les résultats sous la forme de cinq articles et la cinquième amène une discussion sur la contribution de la thèse au développement des connaissances. Une série de propositions/recommandations pour les politiques, la gestion, la pratique et la formation concluent cette dernière section.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

1. PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Les maladies buccodentaires se retrouvent parmi les maladies les plus répandues dans le monde¹⁻³. Dans de nombreux pays, sans égard au niveau de développement, les maladies buccodentaires restent largement non traitées et les estimations de coûts de traitement dépassent les ressources disponibles¹. Le Canada ne fait pas exception⁴. Même si ces maladies sont largement évitables, la persistance de leur prévalence élevée augmente les coûts sociétaux et reflète autant des inégalités socioéconomiques qu'un financement insuffisant des services appropriés⁵. Les maladies buccodentaires constituent donc un important fardeau pour le système de santé, privent les gens de leur bien-être et limitent leur capacité à réaliser leur plein potentiel⁵.

Différentes études ont mis en évidence le fait que la santé buccodentaire est compromise de façon accrue pour certains groupes vulnérables de la population, dont les populations en situation de pauvreté, les aînés, les nouveaux immigrants, les autochtones et les résidents des régions rurales et éloignées⁶⁻¹². Par ailleurs, la population vieillit, est plus diversifiée, et de nombreuses personnes ne possèdent pas les compétences nécessaires pour autogérer leurs besoins et naviguer aisément à travers les deux volets du système de soins de santé, public et privé^{13,14}. La quantité et la complexité croissantes des connaissances scientifiques pour la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies, ainsi que l'évolution des déterminants sociaux connus pour affecter la santé, augmentent les défis auxquels de nombreuses personnes sont confrontées et contribuent aux inégalités en matière de santé^{15,16}. En outre, la méconnaissance du rôle que la santé buccodentaire joue dans la santé et le bien-être de l'individu, de son impact sur la qualité de vie, ainsi que la couverture publique réduite des services buccodentaires, ajoutent des difficultés supplémentaires à l'adoption de stratégies visant la prestation des soins buccodentaires adéquats^{17,18}.

Dans la plupart des établissements publics de santé, les dentistes sont absents des équipes interprofessionnelles et la santé buccodentaire n'est pas évaluée par les intervenants de soins primaires, malgré les recommandations déontologiques des différents codes professionnels^{19,20}. Pourtant, et surtout pour les populations vulnérables, les prestataires de soins de soins primaires

représentent la première, sinon la seule porte d'accès aux services buccodentaires. La santé buccodentaire et les professions dentaires apparaissent isolées dans l'évolution des politiques de santé et la santé buccodentaire est rarement considérée comme une priorité²¹. En 1964, lorsque la Commission royale d'enquête sur les services de santé établissait la base du système de santé public canadien, les politiciens décidaient que, malgré leur importance, les services buccodentaires ne seraient pas inclus dans le système projeté, majoritairement à cause de la pénurie des dentistes²². Depuis ce temps, une panoplie d'initiatives et des programmes ciblés est apparue dans les provinces, dépendante cependant, des fluctuations politiques. Les modèles de prestation de soins buccodentaires proposés par ces programmes, ainsi que les politiques de prévention des organismes internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou la Fédération dentaire internationale (FDI) n'ont pas réussi à réduire le fardeau mondial des maladies buccodentaires^{23,24}. Les services buccodentaires demeurent peu abordables^{25,26} et par conséquent, une approche différente s'avère nécessaire pour relever ce défi.

Les assises d'un système de soins buccodentaires optimal s'appuient sur : l'intégration des soins buccodentaires aux soins de santé généraux; la priorisation de la promotion de la santé et la prévention des maladies; la surveillance et la réponse aux besoins de la population à travers des actions basées sur des données probantes, efficaces et rentables, mais aussi équitables et universelles²⁷.

Les modèles de soins intégrés s'articulent autour des besoins des patients et exigent une meilleure collaboration entre les professionnels de la santé²⁸. De façon générale, ces modèles se caractérisent par l'engagement des patients et le soutien à l'auto-gestion de l'état de santé, le développement d'une culture de collaboration interprofessionnelle, la mise en place de protocoles de soins basés sur les données probantes, l'alignement des incitatifs financiers avec les résultats de santé, une saine gestion des ressources, un système d'évaluation de la performance et un investissement dans les technologies de l'information^{29,30}. Ils requièrent donc des actions multiniveau pour assurer leur pérennité. L'implication de plusieurs professionnels va au-delà de l'organisation de leurs services et nécessite, par exemple, un alignement des politiques de la main-d'œuvre au niveau du système de santé.

Par contre, l'intégration des soins buccodentaires demeure confrontée à de nombreux défis et les professions dentaires sont souvent exclues de la prise de décision dans la prestation de soins axés sur les patients³¹. La notion de soins intégrés est donc peu explorée dans le domaine dentaire.

De plus en plus, des organisations professionnelles, gouvernementales et philanthropiques réclament l'intégration de la médecine et de la dentisterie en tant que stratégie importante pour garantir l'accès à des soins de qualité et à de meilleurs résultats pour tous³¹⁻³³. Certaines organisations de santé ont pris l'initiative de développer des modèles innovateurs basés sur le principe des services intégrés pour réduire le fardeau des disparités en santé buccodentaire^{34,35}. Cependant, ces modèles reconnus en tant que l'Approche de santé buccodentaire primaire (*Primary Oral Health Care Approach* - POHCA), sont encore rares. Au Canada, la préoccupation pour l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires est récente et au Québec, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur ce sujet. Donc, le but de ce projet de recherche est de contribuer à la conception future des modèles d'intervention favorisant l'accès aux services buccodentaires.

Afin de combler ce manque de connaissances, en se basant sur une approche synthétique et en utilisant une méthodologie qualitative, cette thèse vise à contribuer à la conception future des modèles d'intervention favorisant l'accès aux services buccodentaires.

1.1. Questions et objectifs de recherche

L'objectif général de ce projet de doctorat est de comprendre les concepts rattachés à l'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires, l'usage de ces concepts dans le contexte québécois et d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs de cette intégration dans les organisations publiques du Québec.

La principale question de recherche est : Comment intégrer les services buccodentaires et les services publics de soins primaires?

Les objectifs spécifiques de la thèse sont:

1. Cartographier les concepts clés et mettre à jour les connaissances sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires (articles 1, 2 et 3).
2. Décrire la manière dont les intervenants de soins primaires d'un établissement de santé urbain et d'un établissement de santé rural perçoivent l'intégration des services buccodentaires dans leur pratique (article 4).
3. Réaliser un scan environnemental des services buccodentaires primaires dans les établissements participant à l'étude (article 5).
4. Identifier et analyser les barrières et les facteurs facilitateurs de l'intégration dans les établissements participants, afin d'en tirer des recommandations pour les décideurs (article 2 et 4).

1.2. Pertinence de la question de recherche

La pertinence de la question de recherche repose sur la quête de réponses à une problématique d'actualité, reflétée dans sa synchronicité avec des mouvements internationaux récents, pour la promotion des modèles de soins primaires intégrés. Par exemple, en Europe, l'*Oral health platform*, initiative conjointe de l'Association pour l'enseignement dentaire, du Conseil des dentistes européens, de l'Association européenne de santé publique dentaire, et de la Fondation pour la santé buccodentaire de la région paneuropéenne de l'Association internationale de recherche dentaire (IADR), a comme objectif pour l'année 2020, d'améliorer la collecte de données sur l'état de santé buccodentaire et de promouvoir l'intégration de la santé buccodentaire dans la santé générale³⁶. Dans la même optique, les États-Unis ont mis sur pied en 2016, le Centre de soins buccodentaires primaires intégrés, dont la mission est de constituer une base de données factuelles pour contribuer à l'amélioration de la pratique des soins primaires et des résultats de santé pour les patients³⁷.

Sur le plan de l'avancement des connaissances, l'examen de l'état de situation proposé par notre recherche apporte un point de départ pour de nouveaux projets de recherche interdisciplinaire visant à optimiser l'offre de services pour la population vulnérable dans une perspective de justice et d'équité, en concordance avec les valeurs exprimées par la population canadienne. De plus, cette recherche a suscité des échanges avec différents acteurs clés du domaine de la santé.

1.3. Sources documentaires

1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep16;390(10100):1211-1259.
2. Sheiham A, Williams DM, Weyant RJ, Glick M, Naidoo S, Eiselé JL, Selikowitz HS. Billions with oral disease: A global health crisis - a call to action. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(12):861-4.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep;83(9):661-9. Epub 2005 Sep 30.
4. Andkhoie M, Pandovska-Pelivanova E, Emmanuel S, Lateef F, Szafron M, and Farag ME. Demand and Burden of Dental Care in Canadian Households. *Int J of Econ and Finance*. 2014;6(9):73-82.
5. FDI. The challenge of oral disease: A call for action. The Oral Health Atlas. 2nd ed [En ligne]. Geneva: World Dental Federation; 2015 [cité le 20 juin 2019]. Disponible: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf.
6. de Silva AM, Martin-Kerry J, Geale A, Cole D. Flying blind: trying to find solutions to Indigenous oral health. *Aust Health Rev*. 2016 Nov;40(5):570-583.
7. Asakawa M, Takeshita T, Furuta M, Kageyama S, Takeuchi K, Hata J, Ninomiya T, Yamashita Y. Tongue Microbiota and Oral Health Status in Community-Dwelling Elderly Adults. *mSphere*. 2018;15;3(4):e00332-18.
8. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig*. 2017;21(7):2189-96.
9. van der Putten G, de Baat C, De Visschere L, Schols J. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology*. 2014;31:17-24.
10. Skaret E, Weinstein P, Milgrom P, Kaakko T, Getz T. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int J Paediatr Dent*. 2004;14(1):17-26.
11. Phipps KR. Improving the Oral Health of American Indians and Alaska Natives. *Current Oral Health Reports*. 2016;3(3):1790186. Epub 03 June 2016.

12. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatr Clin N Am*. 2009;56(6):1481-99.
13. OECD. OECD.Stat. Total population by sex and age. [En ligne]. Paris: Organisation for economic cooperation and development; 2019 [cité le 21 juin 2019]. Disponible: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RPOP#>.
14. Calvasina P, Lawrence HP, Hoffman-Goetz L, Norman CD. Brazilian immigrants' oral health literacy and participation in oral health care in Canada. *BMC Oral Health*. 2016;Feb 15;16:18.
15. ACSS. Prospectus en vue d'une importante évaluation sur la façon d'améliorer l'accès aux soins buccodentaires des Canadiens [En ligne]. Ottawa: Académie canadienne des sciences de la santé; 2008 [cité le 23 juin 2019]. Disponible: https://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/CAHS_OralHealth_f.pdf.
16. Brodeur JM, Payette M, Bedos C. Socioeconomic variables and the prevalence of dental caries in second and sixth grade Quebec children in 1989-90. *Can J Public Health*. 1998 Jul-Aug;89(4):274-9.
17. Locker D, Quinonez, C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39:3-11.
18. Quinonez C. Denticare, Denticaid, and the Dental Insurance Industry. Dans: Canadian Centre for Policy Alternatives. Putting Our Money Where Our Mouth is: the Future of Dental Care in Canada [En ligne]. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2011:13-14 [cité le 19 juin 2019]. Disponible : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf>.
19. Gouvernement du Québec. Code de déontologie des infirmières 2015 [En ligne]. Éditeur officiel du Québec; 2015 [cité le 20 juin 2019]. Disponible: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20153/>.
20. Gouvernement du Québec. Code de déontologie des médecins. Éditeur officiel du Québec; 2014 [cité le 20 juin 2019]. Disponible: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf>.
21. Yalnizyan A and Aslanyan G. Introduction and Overview. Dans: Canadian Centre for Policy Alternatives. Putting Our Money Where Our Mouth is: the Future of Dental Care in Canada. [En ligne]. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. 2011:7-10 [cité le 19 juin 2019]. Disponible : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf>

22. Hall E. Royal Commission on Health Services [En ligne]. Ottawa: Canada; 1964 [cité le 15 avril 2019]. Disponible: <https://positivelivingbc.org/wp-content/uploads/2015/03/hall-report.pdf>.
23. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent Journal*. 2008;58:115–21.
24. Global goals for oral health in the year 2000. Fédération Dentaire Internationale. *Int Dent J*. 1982 Mar;32(1):74-7
25. Zavras AI. Teeth are Always in Style: But Increasingly, Not for All. *Heath Services Research*. 2014;49:2.
26. Picard A. Painful Dental Bills Hurt Health Care. *Oral Health*. 2005; 95(2):3,6.
27. Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. *J Public Health Dent*. 2010 Jun;70 Suppl 1:S6-14.
28. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
29. Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Med Care Res Rev*. 2011, 68(1):112-27.
30. Tsasis P, Evans JM, Forrest D, Jones RK. Outcome mapping for health system integration. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:99-107.
31. HRSA. Considerations for oral health integration in primary care practice for children [En ligne]. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; 2012 [cité le 14 février 2019]. Disponible : <https://www.hrsa.gov/oralhealth/oralhealthprimarychildren.pdf>.
32. AAFP [En ligne]. Washington DC: American Academy of Family Physicians; 2017. Oral health [cité le 20 juin 2019]; [environ 1 écran]. Disponible: <http://www.aafp.org/patient-care/public-health/oral-health.html>.
33. Rowan-Legg A. Oral health care for children – a call for action. Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee. *Paediatrics & Child Health*. 2013, Jan18(1) :37–43.
34. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:3-24.
35. COAG Health Council [En ligne]. Adelaide SA: The Oral Health Monitoring Group; 2015. Australia's National Oral Health Plan 2015-2024 [cité le 2 juin 2019]. Disponible:

http://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Australia%27s%20National%20Oral%20Health%20Plan%202015-2024_uploaded%20170216.pdf.

36. Platform for better oral health in Europe. Targets for 2020 [En ligne]. Brussel: Platform for better oral health in Europe [cité le 17 juin 2019]. Disponible: <http://www.oralhealthplatform.eu/>.

37. CIPCOH. Oral health [En ligne]. Boston: Centre for integration of primary care and oral health; 2017 [cité le 17 juin 2019]. Disponible: <https://cipcoh.hsdm.harvard.edu/about>.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'intégration des services buccodentaires aux soins primaires suppose à repenser les modèles de prestation de services auxquels sont associés certains enjeux spécifiques. Non seulement y a-t-il plusieurs acteurs impliqués avec une vision différente de la finalité de cette stratégie, mais les aspects législatifs, professionnels, économiques et socioculturels qui entourent la profession dentaire confrontent la transition démographique et remettent en question les choix collectifs en matière de santé dans notre société.

Cette section a pour objectif d'éclairer ces enjeux. Nous procéderons en cinq étapes. D'abord, nous définirons la santé buccodentaire et décrirons le fardeau des maladies buccodentaires les plus fréquentes. Ensuite, nous exposerons les différentes catégories des déterminants de la santé buccodentaire, tout en mettant en relief le rôle des déterminants sociaux. À cette étape, nous exposerons le portrait des disparités sociales en matière de santé buccodentaire. Nous décrirons, dans un troisième temps, les dimensions d'accès aux services buccodentaires, suivies par le portrait de l'organisation des services buccodentaires au Canada. Enfin, nous introduisons les fondements des notions reliées aux services intégrés et aux soins primaires et présenterons des caractéristiques de modèles de soins buccodentaires intégrés.

2.1. La santé buccodentaire et le fardeau des maladies buccodentaires

Selon l'Association dentaire américaine, la santé buccodentaire est définie par l'état optimal du système cranio-facial, indispensable au bien-être physique, mental et social des individus¹. Récemment, la FDI a introduit une définition plus large selon laquelle la santé buccodentaire englobe des composantes physiologiques et psychosociales, des déterminants de la santé et des facteurs qui déterminent ou affectent la perception de la santé buccodentaire de l'individu².

Une mauvaise santé buccodentaire entraîne de la douleur, une déficience masticatoire et une incapacité fonctionnelle progressive, de l'inconfort psychologique, de l'exclusion sociale, un

handicap et une détérioration de la qualité de vie à court et à long terme³. De plus, les recherches démontrent que les affections buccodentaires peuvent augmenter le risque de développement de différentes maladies, telles que le cancer, l'ostéoporose, le diabète de type II, les infections pulmonaires, les naissances prématurées, les maladies cardiovasculaires et les troubles cognitifs, par le biais de différents mécanismes pathogéniques : le déséquilibre dans l'écosystème microbien local; l'infection chronique; l'inflammation et la malnutrition³⁻⁵.

L'évolution et le fardeau des maladies buccodentaires font l'objet de plusieurs recherches. Kassebaum *et al.*⁶ démontrent que depuis 1990, la distribution globale et les variations de prévalence des caries dentaires entre les pays sont restées relativement constantes. Selon des recherches conduites aux États-Unis, les caries dentaires représentent la maladie chronique la plus répandue, affectant 34,1 % de la population mondiale, le groupe des 15-19 ans étant le plus atteint⁷.

Au Canada, 38,7 % des enfants de 12 ans présentent au moins une carie dentaire⁸. Au Québec, selon les résultats de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire réalisée en 2012-2013 (ÉCSBQ 2012-2013), 36 % des élèves de 12 ans sont touchés par la carie des dents permanentes⁹. Les résultats de cette étude montrent aussi que la quasi-totalité des enfants québécois de 6 et 12 ans sont atteints des caries dentaires réversibles⁹.

L'analyse des données du module de santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 indique que presque tous les aînés entre 60-79 ans ont des caries dentaires et un taux d'édentation de 22 %¹⁰. Aussi, les personnes à faible revenu et les résidents des régions rurales et éloignées affichent des taux plus élevés de caries dentaires¹⁰⁻¹¹. Chez la population autochtone au Canada, 99,9 % des adultes ont des dents cariées¹². Dans certaines de ces communautés, la prévalence de la carie de la petite enfance dépasse 90 %, ce qui amène un taux élevé de restaurations et de chirurgies dentaires d'un jour sous anesthésie générale^{12,13}.

Les maladies parodontales arrivent en sixième position dans le monde et touchent environ 11 % de la population¹⁴. Les données du Centre de prévention et contrôle des maladies des États-Unis montrent qu'en 2012, une personne sur deux parmi les personnes âgées de plus de 30 ans, souffre

de maladies parodontales et cette prévalence augmente à 70 % pour les personnes de plus de 65 ans¹⁵.

Selon Santé Canada, 21 % des adultes canadiens ont ou ont eu, des atteintes parodontales de modérées à sévères¹⁰. Les résultats des études les plus récentes disponibles au Québec démontrent que 21,4 % des adultes présentent des maladies parodontales sévères¹⁶ et que plus de 50 % des personnes hébergées en Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et ayant des dents naturelles souffrent de problèmes parodontaux¹⁷.

Le cancer buccal occupe la huitième place parmi les cancers dans le monde¹⁸. Au Canada, en 2017, 4700 personnes ont été diagnostiquées¹⁹. Ce nombre dépasse l'incidence des cancers du col utérin ou de l'ovaire, et par année, le nombre de décès à la suite des cancers de la bouche est supérieur au nombre de décès à la suite d'un mélanome ou d'un cancer du col utérin¹⁹.

L'édentation, marqueur final des maladies dentaires, affecte 2 % de la population mondiale et plus d'un quart des personnes âgées de 65 ans et plus²⁰. Les données de Santé Canada montrent que 6.4 % des adultes sont totalement édentés¹⁰. Chez les Premières Nations, l'édentation affecte une personne sur trois parmi les personnes âgées de 60 ans et plus²¹.

La population québécoise a longtemps été désignée comme étant celle qui présentait le plus grand nombre de personnes édentées au Canada²². Les Québécois âgés de 65 ans et plus totalement édentés représentaient 76 % de la population en 1980²³ et 58 % en 1993²⁴. Cette tendance se maintient et en 2005, Millar et Locker ressortent des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) conduite en 2003 auprès des Canadiens âgés de 15 ans et plus²⁵, que les taux les plus élevés d'édentation totale au Canada se situaient toujours au Québec²⁶, avec un taux de 14 % comparativement à 9 % au Canada.

En raison de l'évolution démographique, notamment de la croissance démographique et du vieillissement, le fardeau cumulatif des affections buccodentaires a considérablement augmenté entre 1990 et 2015²⁷. Une autre étude démontre qu'au niveau mondial, le nombre de personnes souffrant d'affections buccales non traitées a augmenté de 2,5 milliards en 1990 à 3,5 milliards

en 2015 et, en termes d'espérance de vie corrigée de l'incapacité, une augmentation de 64 % a été observée²⁸. En matière de coûts annuels des maladies buccodentaires, le fardeau mondial s'élève à 442 milliards de dollars, le Canada leur consacrant 12,6 milliards de dollars/année⁸. Les études estiment que les coûts des traitements directs des maladies buccodentaires sont de 298 milliards de dollars/année, soit 4,6 % des dépenses de santé mondiales²⁹. De plus, les coûts indirects, principalement en ce qui a trait à des pertes de productivité causées par l'absentéisme au travail, s'élèvent à 144 milliards de dollars/année, montant équivalent à celui induit par les 10 causes les plus fréquentes de décès, réunies²⁹. Au Canada, on estime que 2,26 millions de jours d'école et 4,15 millions de jours de travail sont perdus chaque année en raison des maladies buccodentaires^{30,31}. Au Québec, les soins buccodentaires coutent environ 3 milliards de dollars/année, dont le coût du programme de santé dentaire publique s'élève à 15 millions de dollars³².

Ces données montrent que l'état de santé buccodentaire représente un important problème de santé. Comprendre les facteurs qui influencent cet état de santé devient alors la première étape, essentielle dans toute démarche visant à l'améliorer.

2.2. Déterminants de la santé buccodentaire

Historiquement et encore aujourd'hui, la plupart des stratégies de promotion, maintien et amélioration de la santé buccodentaire et prévention des maladies, visent majoritairement à modifier les comportements des individus et leurs modes de vie, surtout les habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire³³. Pourtant, les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs responsables de l'état de santé buccodentaire et n'expliquent pas les écarts de santé entre les groupes³⁴. De plus, en tenant compte de la définition holistique de la santé buccodentaire, les déterminants de la santé sont similaires aux déterminants de la santé buccodentaire².

Selon l'OMS, les déterminants de la santé représentent l'ensemble des « facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » et qui permettent d'expliquer les taux variés de maladie dans les populations³⁵.

Au Canada, les préoccupations pour les déterminants de la santé s'intensifient après la présentation du rapport Lalonde, en 1974³⁶. Ce rapport propose une conception élargie de la santé comprenant quatre composantes : la biologie humaine, l'organisation des services de santé, l'environnement et le style de vie. Il propose aussi l'éducation à la santé et le marketing social comme outils pour persuader les gens d'opter pour des modes de vie sains. L'adoption ultérieure de la Charte d'Ottawa³⁷ alimente les recommandations du rapport Lalonde et positionne la promotion de la santé au-delà du secteur de la santé, en mentionnant entre autres, que l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité, représentent des éléments essentiels pour la santé et le bien-être des populations.

Selon les données de recherche, 50 % de l'impact sur l'état de santé revient aux facteurs socioéconomiques, 20 % au système de soins, 15 % aux facteurs biologiques et génétiques et 10 % à l'environnement physique³⁸. De plus, les déterminants de la santé apparaissent multi-niveau, imbriqués et peuvent se renforcer, ce qui en complexifie l'analyse³⁹. Par conséquent, les chercheurs ont fait appel à plusieurs théories pour expliquer le rôle des différents déterminants dans la distribution des maladies. Dans ce qui suit, nous nous attarderons à décrire brièvement ces théories.

2.2.1. Approches théoriques des déterminants de la santé buccodentaire

Trois courants théoriques ont guidé la majorité des recherches sur les déterminants de la santé : les théories psychosociales; les théories de l'économie politique de la santé; les théories écologiques.

Les théories psychosociales considèrent que les perceptions et l'expérience d'un statut social inférieur conduisent à un sentiment d'exclusion, suivi du stress chronique qui affecte l'état de santé⁴⁰. Dans ce sens, les travaux de Casel⁴¹ dans les années 70 et plus récemment, les travaux de Wilkinson⁴², documentent les altérations des paramètres neuroendocriniens reliées au stress, induites par la position dans la hiérarchie sociale et aussi, par la perception de cette position. Sur le plan individuel, vivre dans des contextes sociaux défavorisés force les gens à comparer

constamment leur statut, leurs biens et leurs opportunités de vie avec ceux des autres. Cette comparaison engendre des sentiments de honte et d'inutilité chez les plus défavorisés, et un stress chronique qui mine leur santé⁴³. Au niveau de la société dans son ensemble, les recherches de Lynch⁴⁴, Wilkinson⁴², Marmot⁴⁵ et Lobmayer⁴⁶ démontrent que la hiérarchie sociale et les différences de revenus affaiblissent la cohésion sociale et défont des liens sociaux avec un impact négatif sur la santé.

Les recherches documentent aussi un mauvais état de santé buccodentaire et une diminution dans l'utilisation des services reliés à des exclusions sociales et à des situations de stress chronique. C'est le cas, par exemple, des personnes sans abri. Paisi et al.⁴⁷ ont montré dans une étude de portée récente que ces personnes éprouvent des sentiments de gêne et de peur envers les dentistes, sentiments qui les empêchent de chercher des soins dentaires au besoin. Ils se sentent également discriminés ou stigmatisés par les dentistes ou les réceptionnistes dans les bureaux dentaires. En outre, certaines de ces personnes croient que le service reçu est différent de celui reçu par la population en général.

Au Canada, les données d'une étude transversale de 2009-2012 (Vasiloiu et al.⁴⁸) réalisée auprès de 2412 participants âgés de 25 à 64 ans, ont montré une relation positive entre le stress et une mauvaise santé buccodentaire : les individus avec un stress perçu plus important signalaient également une mauvaise santé buccodentaire. Cette relation semble amplifiée par deux facteurs, soit l'assurance dentaire et la position socioéconomique. Ainsi, les personnes sans assurance et en situation de pauvreté déclarent un plus haut niveau de stress que celles assurées et qui possèdent un revenu plus élevé. Au Québec, Bedos et al.^{49,50} indiquent que certains groupes défavorisés, tels que les patients recevant de l'aide sociale, éprouvent un sentiment de honte à se présenter dans une clinique dentaire privée sous le regard des groupes non homogènes de patients.

Les adeptes de l'économie politique de la santé insistent sur l'effet de l'inégalité de revenus sur l'état de santé, résultat à la fois du manque de ressources des individus et des sous-investissements systématiques dans une gamme étendue d'infrastructures (40). Les recherches de Kaplan et al.⁵¹ et Lynch et al.⁵² aux États-Unis suggèrent que les processus économiques et les décisions politiques conditionnent les ressources privées disponibles pour les individus, mais

façonnent aussi la nature des infrastructures publiques - éducation, services de santé, transport, contrôles environnementaux, disponibilité de la nourriture, qualité du logement, réglementation de la santé au travail, etc. Ainsi, l'inégalité des revenus serait une manifestation d'un groupe de conditions matérielles qui affectent la santé⁵³.

Duncan et Bonner⁵⁴ ont utilisé les données de l'Étude canadiennes sur les mesures de la santé de 2009 pour tester des associations entre le revenu, la couverture par une assurance dentaire et les besoins de traitement dentaire, urgents et non urgents. L'analyse des modèles de régression logistique a révélé que les inégalités de revenus influencent l'état de santé buccodentaire et les besoins de traitement, même en présence d'une couverture d'assurance dentaire et de bonnes habitudes d'hygiène.

La théorie écologique constitue le fondement des cadres conceptuels multi-niveaux qui cherchent à intégrer des facteurs sociaux et biologiques avec une perspective historique et écologique pour analyser les disparités en santé⁴⁰. Depuis les années 90, plusieurs chercheurs ont proposé des cadres conceptuels multi-niveaux : Dahlgren et Whitehead (1991); Mackenbach (1994); Brunner et Marmot (1999); Diderichsen, Evans et Whitehead, (2001); modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS (2008), basé sur les travaux de Solar et Irwin. Ces cadres tentent de refléter la complexité du concept de la santé et se basent sur le principe qu'aucun aspect des maladies ne peut être compris séparément des connaissances sur les modes de vie individuels et sociétaux.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead⁵⁵ distingue cinq classes de déterminants imbriqués allant du micro (individu) au macro (environnement général). Cette conception vise notamment à décrire l'impact de l'environnement sur la décision des individus à adopter des comportements sains. Mackenbach⁵⁶ introduit le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance dans le développement des inégalités de santé. Brunner et Marmot⁵⁷ proposent des modèles à liens simples entre les structures sociales et les résultats de santé via les conditions matérielles, psychosociales et comportementales, en considérant aussi les facteurs génétiques et culturels. Le modèle de Diderichsen, Evans et Whitehead⁵⁸, un modèle de production sociale de la maladie, explique les mécanismes de l'inégalité en matière de santé reliés aux facteurs sociaux. Dans ce modèle, les contextes sociaux créent une stratification sociale, reflet de la structure de

la société. Ainsi, les individus seraient « assignés » à différentes positions sociales. Cette stratification sociale engendre, à son tour, une exposition différente aux risques pour la santé et des degrés différents de vulnérabilité, en termes d'état de santé et de disponibilité des ressources matérielles. La stratification sociale détermine également des conséquences différentes de cette exposition à risques pour les groupes défavorisés.

Le modèle de Solar et Irvin⁵⁹ adopté par la CSDH de l'OMS se distingue des autres par l'accent mis sur le contexte socioéconomique et politique et sur les déterminants structurels des inégalités de santé. Le contexte comprend tous les mécanismes sociaux et politiques qui initient, distribuent et maintiennent les hiérarchies sociales (ex. : le marché du travail, les institutions politiques, le système éducatif), le bien-être et les politiques de redistribution³⁵. Les déterminants structurels s'interposent entre le contexte et la position socioéconomiques de l'individu. Les principaux indicateurs de ces déterminants comprennent le revenu, l'éducation, l'occupation, la classe sociale, le sexe, l'origine ethnique³⁵. Ensemble, le contexte, les mécanismes structurels et les conséquences socioéconomiques issues de la position sociale des individus sont des déterminants structurels, communément appelés les déterminants sociaux des inégalités de santé. Ils influencent la santé à travers une catégorie des déterminants appelés intermédiaires : les circonstances matérielles, les conditions psychosociales, les facteurs comportementaux et/ou biologiques et le système de santé³⁵. Sous l'influence des déterminants structurels, les déterminants intermédiaires configurent des degrés variés d'exposition aux différents risques pour la santé³⁵. Selon ce cadre, les mécanismes structurels qui façonnent les hiérarchies sociales, mesurées par les indicateurs clés, forment la racine causale des disparités en matière de santé.

En 2012, le Ministère de Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté un cadre conceptuel de la santé et ses déterminants (figure 1), initiative du comité de pilotage du Projet d'implantation du cadre d'orientation en surveillance, avec la participation des représentants des tables de concertation nationale en santé publique, de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et de la Direction générale de la santé publique. Structuré sur cinq champs: le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population, il se veut « un cadre conceptuel global et inclusif de la santé et de ses déterminants » qui met les balises d'une « vision globale et consensuelle » pour tous les acteurs de la santé⁶⁰. Les

influences d'un champ à l'autre sont bidirectionnelles et les relations entre les déterminants s'analysent dans un territoire et pour une période donnée⁶⁰.

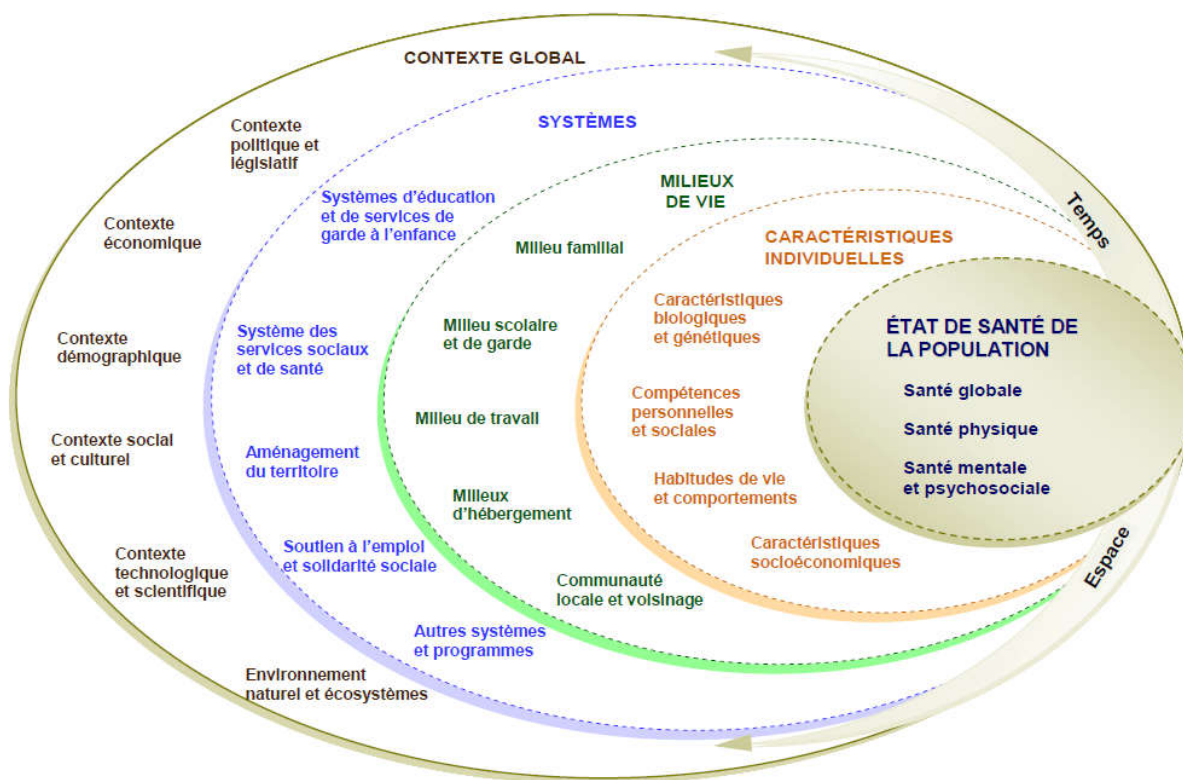


Fig. 1. Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants (MSSS, 2012)

Malgré la reconnaissance du fait que de nombreux secteurs contribuent à la santé, ce n'est que dans les années 2000 que les recherches commencent à s'orienter davantage vers l'analyse du rôle des déterminants socioéconomiques en santé buccodentaire⁶¹.

2.2.2. Déterminants sociaux et disparités de santé buccodentaire

Au niveau mondial, des disparités importantes en matière de santé buccodentaire ont été amplement documentées⁶². Les impacts des déterminants sociaux sur la santé et la santé buccodentaire peuvent s'accumuler au cours de la vie, peuvent se modifier dans le temps et peuvent être transmis de génération en génération⁶³.

Les travaux de la CSDH de l'OMS⁵⁹ et le « Rapport Marmot »⁴⁵ en 2010 constituent des documents de référence pour la définition du gradient social de santé lié aux facteurs socioéconomiques. Dans la plupart des pays, les individus plus instruits et avec un revenu plus élevé ont une meilleure santé que ceux avec un moindre niveau socio-économique³⁹⁻⁵⁹. Ainsi, une relation linéaire inverse entre la situation socioéconomique et la santé peut être observée pour la majorité des conditions de santé et causes de décès⁶⁴⁻⁶⁸.

Une revue systématique au sujet de la relation entre les indicateurs socioéconomiques et les caries dentaires réalisée par Costa et al.⁶⁹ montre que, dans 41 études, l'éducation, le revenu, la profession étaient associés à des taux plus élevés de caries dentaires. Dans la même optique, Bernabé et Hobdell⁷⁰ ont analysé les données provenant de 48 pays et ont constaté que parmi les pays riches, l'inégalité des revenus pouvait être un facteur plus déterminant de la carie dentaire chez l'enfant que le revenu absolu. Aux États-Unis, Dye et al.⁷¹ ont analysé les données de l'enquête *National Health and Nutrition Examination Survey* 2009-2010 et les résultats montrent que pour différents groupes d'âge, les caries non traitées chez les enfants et les adolescents varient d'une ethnie à l'autre. Aussi, cette étude documente des différences statistiquement significatives dans la prévalence de la carie non traitée chez les enfants de 3 à 5 ans et de 6 à 9 ans, selon le niveau de pauvreté.

À la suite des revues de littérature, Borrell et Crawford⁷² et AlJehani⁷³ indiquent que les disparités en matière de maladies parodontales sont constantes, quel que soit le type d'indicateur de statut socioéconomique utilisé. L'étude transversale de Bonfim et al.⁷⁴ suggère que les gradients sociaux pour les maladies parodontales sont associés aux inégalités de revenu, du niveau d'éducation et à l'ethnie, et que ces disparités peuvent exister parmi tous les groupes d'âge. Au Japon, une étude réalisée par Morita et al.⁷⁵ avec la participation d'un groupe de 15803 personnes divisé en sept catégories d'emplois, démontre une disparité dans l'état parodontal selon l'emploi. Les professionnels et les employés de bureau avaient un meilleur état parodontal que les vendeurs, les commis et les chauffeurs. Au Brésil, Bastos et al.⁷⁶ révèlent dans une revue systématique de la littérature publiée entre 1999-2008, que la prévalence des conditions parodontales chez les adolescents est associée à l'ethnie, au type d'école et au quartier où se

située l'école alors qu'une étude transversale européenne réalisée par Guarnizo et al.⁷⁷ a révélé des différences significatives dans l'état parodontal chez les adultes selon le régime d'assurance dentaire existant. En Inde, une étude menée par Gambhir et al.⁷⁸ auprès d'adultes âgés de 18 à 64 ans a trouvé que la sécurité sociale et l'assurance maladie, le faible taux d'alphabétisation, l'utilisation des soins dentaires et d'autres aspects comportementaux tels que la consommation élevée de tabac, constituaient des facteurs de risque majeurs pour les maladies parodontales. En outre, une étude longitudinale sur des groupes d'âge similaires a montré que le niveau d'éducation, le revenu et l'état civil étaient associés à la parodontite marginale et à la perte de dents⁷⁹.

Des gradients sociaux pour l'édentation ont également été décrits en Angleterre, quelle que soit la mesure de la condition socioéconomique utilisée⁸⁰. Aux États-Unis, Mitchell et al.⁸¹ suggèrent que les habitants des comtés ruraux en situation de pauvreté, ainsi que ceux d'autres régions rurales sont plus susceptibles d'être édentés comparativement aux résidents des régions urbaines. Dans une analyse de la tendance démographique de l'édentation totale chez les adultes américains de 15 ans et plus, issue des données chronologiques des cinq enquêtes de santé transversales nationales : 1957-1958, 1971-1975, 1988-1998, 1999-2002, et 2009-2012 et d'une sixième enquête américaine menée auprès de 432 519 adultes en 2010, Slade et al.⁸² ont montré que malgré la diminution globale de sa prévalence, l'édentation totale est concentrée dans les ménages à faible revenu et situés dans les états avec un long passé de pauvreté.

Bien que tous les groupes ethniques puissent souffrir de cancers de la tête et du cou, les hommes afro-américains à faible revenu en souffrent plus et meurent de manière disproportionnée^{83,84}. Les facteurs de risque de ces cancers, tels que la consommation des produits du tabac et d'alcool, sont susceptibles d'être plus élevés dans les communautés à faible revenu en raison des conditions sociales⁸⁵. Les disparités des cancers de la bouche dues aux déterminants sociaux s'expriment non seulement dans les variations des taux d'incidence, mais également dans la qualité de vie à long terme après une chirurgie oncologique⁸⁶. Les résultats d'une recension des écrits conduite en 2013 par Radoi et Luce⁸⁷ suggèrent qu'un risque accru de cancer de la bouche caractérise les groupes socioprofessionnels défavorisés et de niveaux réduits d'éducation.

Au Canada, l'Association dentaire canadienne soutient que la santé buccodentaire se compare favorablement à celle d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et que, tout comme dans ces pays, on assiste à des difficultés majeures d'accès à des services buccodentaires appropriés pour les groupes vulnérables de la population⁸. Plusieurs études démontrent des liens entre les disparités de santé buccodentaire et l'accès aux services, de sorte que les groupes ayant des difficultés à accéder aux services buccodentaires affichent des taux de prévalence plus élevés de maladies buccodentaires⁸⁸⁻⁹⁰.

Au Québec, l'INSPQ fait état des inégalités sociales de santé buccodentaire chez les élèves du niveau scolaire primaire⁹, et un rapport de l'Institut de la statistique du Québec révèle que la santé buccodentaire des aînés est un « champ propice aux inégalités de santé »⁹¹.

Dans la section suivante nous présentons des aspects reliés à l'accès aux services buccodentaires avec impact sur les disparités de santé.

2.3. Accès aux services buccodentaires

Le manque d'accès aux services buccodentaires se traduit par des besoins accrus de santé non satisfaits, des retards dans l'obtention de soins appropriés, de l'incapacité d'obtenir des services préventifs et des hospitalisations qui auraient pu être évitées^{8,92}. La proportion de la population déclarant ne pas pouvoir obtenir des soins dentaires nécessaires est supérieure au pourcentage de la population incapable de recevoir des soins médicaux ou des médicaments sur ordonnance⁹³.

Donabedian décrit l'accès aux services comme étant une caractéristique des systèmes de santé qui entrave ou favorise l'utilisation de ces services⁹⁴. Ainsi, les services de santé ne sont accessibles que si leurs caractéristiques spécifiques – répartition géographique, organisation, coût, acceptabilité, etc., permettent aux personnes d'en bénéficier et donc de les utiliser⁹⁴⁻⁹⁶. D'autres chercheurs ont conceptualisé l'accès en termes de dimensions spécifiques⁹⁵. Par exemple, les dimensions du modèle de Penchanski et al.⁹⁶, soit : le coût abordable, l'accessibilité, la disponibilité, l'accommodement et l'acceptabilité, reflètent la compatibilité entre le système de santé, ses acteurs clés et ses utilisateurs, en assumant que la satisfaction perçue dans toutes les dimensions influe sur la santé⁹⁶.

Le modèle comportemental proposé par Andersen, largement utilisé pour comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services de santé, intègre à la fois les comportements individuels et contextuels de l'utilisation des services⁹⁷. Selon ce modèle, l'utilisation des services de santé est déterminée par trois catégories de facteurs dynamiques : les facteurs prédisposants, les facilitateurs et les besoins de santé. Le besoin représente à la fois le besoin perçu et le besoin réel de services de santé. Les facteurs prédisposants sont des facteurs démographiques et sociaux, tels que l'âge et les croyances relatives à la santé. Les facteurs économiques, tels que l'accès à une assurance maladie, la disponibilité des services, le soutien de la famille, etc., sont considérés des facilitateurs. Par exemple, le fait de bénéficier d'une couverture d'assurance de soins buccodentaires qui réduit le coût des soins à la charge des patients, augmente également la probabilité de recours aux soins buccodentaires^{98,99}.

Le coût est un facteur important dans la décision de se faire soigner, particulièrement pour les soins buccodentaires¹⁰⁰⁻¹⁰², et ce, depuis plusieurs décennies. En 1986, Bomberg et Ernst¹⁰⁰ ont montré qu'il peut être difficile de payer les soins dentaires et que les raisons invoquées pour ne pas aller chez le dentiste étaient des frais non remboursables. Les études de Conrad¹⁰¹, Kandelman¹⁰², et Yule¹⁰³ affirment que les patients ont souvent l'impression que les soins dentaires sont trop onéreux et qu'ils choisissent de retarder les visites chez le dentiste. Les coûts ont donc une influence sur la décision de recourir aux soins dentaires à court et à long terme. Fisher-Owens et al.¹⁰⁴ ont analysé les données de l'Enquête nationale sur la santé des enfants des États-Unis et ont constaté entre autres, que les disparités d'accès aux soins buccodentaires sont largement imputables à des facteurs socioéconomiques et à des assurances dentaires. Alors que l'effet de la couverture dentaire sur l'utilisation des services est positif, les études documentent des variations considérables entre les proportions des personnes ayant une couverture dentaire (publique et privée) dans différents pays, par exemple : Allemagne (98 %), République Tchèque (96 %), Danemark (92 %), Pays-Bas (87 %), Grèce (57 %), États-Unis (48 %), Espagne (31 %), Suisse (21 %)⁹⁸. On note aussi que les services inclus dans les couvertures d'assurance dentaire publique varient d'un pays à l'autre. Par exemple, en Europe, l'Autriche, le Danemark, l'Allemagne, la Pologne, l'Espagne, la Suède, le Mexique, la Grèce, la Turquie et la Finlande assurent des soins dentaires de base¹⁰⁵. D'autres pays, tels que le Japon et le Brésil

ont mis en place des systèmes d'assurance maladie universels, mais certains excluent les services préventifs¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

Le financement des services buccodentaires s'effectue principalement par le paiement direct par l'utilisateur et par des assurances liées à l'emploi, ce qui entraîne des iniquités d'accès et une diminution dans l'utilisation des services¹⁰⁸. Par contre, rendre des services abordables par leur inclusion dans un système d'assurance de santé pourrait n'avoir aucun impact sur l'accès et l'utilisation des services si les autres dimensions de l'accès restent inchangées. Par exemple, dans de nombreuses communautés autochtones du Canada, des disparités en matière de santé buccodentaire persistent, même si les soins dentaires sont disponibles sans frais. Pour ces communautés, une combinaison d'autres facteurs influence l'utilisation des services buccodentaires¹⁰⁹.

La distribution géographique inégale des professionnels dentaires peut avoir un effet direct sur l'accès aux services. À l'heure actuelle, la distribution des dentistes au Canada constitue un sujet de débat¹¹⁰. Certains rapports suggèrent qu'il existe un bassin croissant de dentistes par habitant dans certaines juridictions, principalement dans les grands centres urbains comme Toronto, Montréal et Vancouver^{8,111}, tandis que les autres régions, principalement les régions rurales et éloignées, connaissent une pénurie de professionnels dentaires¹¹².

Selon un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2007, seulement 11 % des dentistes au Canada travaillaient dans des régions éloignées, tandis qu'environ 21 % de la population y habitait¹¹³. Selon le même organisme, le pourcentage du nombre de dentistes/100 000 habitants est resté sensiblement le même depuis 2008¹¹⁴. Les travaux de recherche de Emami et al.¹¹² montrent qu'au Québec, en 2009-2010, plus de 90 % des dentistes généralistes avaient une pratique dans les régions urbaines, et seulement cinq dentistes spécialistes travaillaient en milieux ruraux¹¹². Les résidents de ces régions sont préoccupés par l'accès limité aux services buccodentaires, caractérisé par de longues distances à parcourir pour se rendre dans les cliniques dentaires et le manque de transport public. Ces situations sont considérées comme des obstacles majeurs pour la santé buccodentaire, surtout chez les personnes ayant des incapacités fonctionnelles¹¹⁵. Les études de Brenan et al.¹¹⁶ et le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale¹⁰⁹ ont montré que les résidents des régions rurales et éloignées adoptent moins de comportements sains, à cause d'un manque d'information et de la pénurie de professionnels de la santé dans ces régions.

Quant à la formation des professionnels dentaires, plusieurs études soulignent qu'elle est limitée particulièrement pour la prise en charge des patients à besoins particuliers¹¹⁷⁻¹²¹. On peut aussi parler du manque de volonté des dentistes généralistes à traiter des cas difficiles avec des besoins spéciaux, du manque de dentistes spécialisés et du manque d'infrastructures pour les traitements sous anesthésie générale dans les régions rurales et éloignées^{122,123}. Aux États-Unis seulement 10 % des dentistes acceptent de traiter des enfants admissibles à Medicaid¹²⁴ et peu de dentistes pédiatriques acceptent de prendre en charge ces enfants¹²⁵.

Le manque de disponibilité des services buccodentaires conduit parfois à l'utilisation des autres services de santé, particulièrement des services d'urgence. Une recension des écrits portant sur l'utilisation des services buccodentaires fournis par les professionnels non dentaires dans les pays développés indique qu'autant les enfants que les adultes sollicitent ces professionnels pour les problèmes de santé buccodentaires¹²⁶. Il s'agit des personnes à faible revenu, non assurées ou qui n'ont pas de professionnel dentaire à proximité et qui se présentent aux urgences, en cabinet médical ou dans les pharmacies, pour chercher de l'aide.

En même temps, les programmes actuels de formation des professionnels de soins primaires intègrent un contenu très limité sur la santé buccodentaire, quel que soit leur profil. Au Canada, un sondage montre que près du quart des pédiatres et des médecins de famille affirment n'avoir reçu aucune formation en santé buccodentaire à la faculté de médecine ou en résidence, tandis que 79 % des pédiatres et 89 % des médecins de famille déclarent avoir reçu moins de trois heures de formation dans ce domaine pendant leurs études¹²⁷. En outre, les études montrent aussi que la formation initiale ne permet pas aux infirmières de soigner une population vieillissante et aux prises avec des maladies chroniques¹²⁸, ce qui laisse croire que la santé buccodentaire est loin des priorités de soins infirmiers.

Les données ontariennes recueillies entre 2006 et 2014 révèlent qu'en moyenne 341/100 000 personnes se présentent à l'urgence pour des problématiques buccodentaires¹²⁹. Les dépenses engagées s'élevaient à 31 millions \$ en 2015 dans les urgences, et à 7.5 millions \$ pour les honoraires de médecins des cliniques locales, et ce, pour des traitements dentaires palliatifs, à caractère récurrent¹²⁹.

2.4. Organisation des services buccodentaires au Canada

Dans cette section, nous décrivons l'organisation des services buccodentaires au Canada. Pour des aspects plus particuliers de l'organisation de services buccodentaires au Québec, le lecteur est invité à consulter l'article 5 de la thèse, page 185.

Parmi les pays de l'OCDE, le Canada occupe l'avant-dernière place quant au financement public des services buccodentaires, pour un total d'environ 5 % des dépenses du secteur public de santé⁸. Le pourcentage du financement public dans le total des dépenses engendrées pour les services buccodentaires varie d'une province à l'autre, de 1.3 % en Ontario à 15.6 % en Saskatchewan¹⁸. Comme dans la plupart des pays, même dans ceux dotés d'un système de santé à couverture universelle, la pratique dentaire au Canada privilégie le modèle de soins privés⁸. Ce modèle, soutenu par des financements/allocations provenant de plusieurs sources (régimes d'assurances, subvention gouvernementale, subventions philanthropiques et paiement direct) ne vise pas et n'est pas, *à priori*, intéressé par les groupes vulnérables de population, en partie parce que les études démontrent que les changements sociétaux (par exemple : niveau de scolarisation, richesse nationale et statut socioéconomique) ont un plus grand impact sur l'état de santé buccodentaire que le modèle de soins lui-même^{130,131}.

Quinonez considère que le maintien de ce modèle de services se fonde sur des éléments législatifs, socioculturels, professionnels et épidémiologiques. Il explique que, dans les années 90, les recherches montraient une nette diminution de la carie dentaire à la suite du développement de la législation sanitaire et à la fluoration de l'eau¹³². De plus, malgré un certain intérêt pour la collaboration avec les professionnels du secteur public de santé, la profession dentaire a toujours défendu le modèle actuel de services¹³³.

Selon la Loi canadienne sur la santé de 1984, les services buccodentaires couverts par le système d'assurance maladie au Canada regroupent les soins hospitaliers de chirurgie dentaire¹³⁴. En plus de ces services, le gouvernement fédéral dépense environ 40 % des dépenses dentaires publiques pour des programmes de soins dentaires destinés au personnel de l'armée, les

populations autochtones, les prisonniers fédéraux et les réfugiés^{30,135}. Le reste des dépenses est attribué aux programmes qui relèvent de la compétence des provinces et des territoires^{135,136}. La majorité des provinces offrent ces services aux enfants jusqu'à 18 ans. Le Québec et la Nouvelle Écosse couvrent les enfants jusqu'à 10 ans, tandis que Terre-Neuve, jusqu'à 12 ans¹²⁷. Les enfants de familles à faible revenu - qu'ils reçoivent ou non une assistance sociale - bénéficient généralement d'un certain soutien pour avoir accès aux soins dentaires publics¹²⁷.

Les programmes gouvernementaux varient considérablement en termes de couverture, mais ils se concentrent sur les aspects curatifs (diagnostics et traitements de base), en excluant les soins préventifs¹²⁷. De plus, en dépit de la position de l'ADC concernant la première visite chez le dentiste pour tous les enfants âgés d'un an¹³⁷, cette recommandation n'a pas été retenue par la communauté des dentistes¹³⁸ et de nombreux enfants canadiens n'ont pas d'évaluation dentaire avant un âge plus avancé⁸.

En général, les aînés canadiens ne sont pas couverts par les assurances dentaires gouvernementales (publiques) et seulement 53 % des adultes entre 60 et 79 ans ont une assurance dentaire, qu'elle soit privée ou publique⁸. En 2012, l'analyse des données pancanadiennes de l'ESCC suggère que les personnes de 71 ans et plus éprouvent des problèmes d'accès qui semblent reliés à l'absence d'assurance dentaire lors de la retraite¹³⁹. Dans un autre article sur l'équité en matière de soins dentaires, Quiñonez et Grootendorst¹⁴⁰ ont constaté une augmentation des dépenses dentaires à la charge des ménages à revenu moyen et ont noté que les fluctuations du marché du travail doivent faire l'objet d'une attention particulière, car elles jouent un rôle important dans l'accès aux soins.

Au Québec, le système de santé prévoit la couverture des soins buccodentaires pour certains groupes de la population pour lesquels la majorité des traitements sont remboursés aux dentistes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)¹⁴¹. Seulement 1,3 % des personnes de 65 ans et plus bénéficient d'un programme gouvernemental d'assurance dentaire; ce qui reflète plutôt un phénomène marginal⁹¹. Les personnes hébergées en CHSLD peuvent obtenir, en fonction de leurs revenus, le paiement d'une partie des frais liés aux « soins et prothèses dentaires » réalisés dans des cabinets privés. Il s'agit d'une politique qui permet la prestation des services dentaires en cabinet ou par des services dentaires mobiles. Ces derniers sont offerts

pour certains centres d'hébergement et pour les patients ayant une mobilité réduite, et ce, selon les disponibilités des dentistes locaux et avec le consentement des familles pour défrayer les coûts.

En 1992, l'âge des prestations pour les services buccodentaires pour les enfants au Québec passe de 15 à 10 ans. Cette réduction a entraîné une baisse de l'accès aux soins dentaires chez les enfants des familles à faible revenu. Aussi, le pourcentage de ces enfants qui ne consultaient pas un dentiste avait passé de 16 % en 1989-90 à 25 % en 1996-97³².

Les enfants de moins de 10 ans, munis d'une carte de la RAMQ, ainsi que les bénéficiaires de prestations d'aide sociale de dernier recours et les personnes à leur charge, peuvent bénéficier de services buccodentaires primaires gratuits. La visée de cette couverture est curative, elle assure un examen annuel, les examens d'urgence, les radiographies (incluant la radiographie panoramique), l'anesthésie locale ou générale, les obturations en amalgame pour les dents postérieures, les obturations en matériau esthétique pour les dents antérieures, les couronnes préfabriquées, l'endodontie (incluant le traitement de canal, l'apexification, la pulpectomie, la pulpotomie, l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire et les pansements sédatifs), l'extraction de dents et de racines, et les services de chirurgie buccale¹⁴¹.

Au Canada, la promotion de la santé buccodentaire, l'éducation à la santé et le dépistage des maladies buccodentaires sont des services dispensés majoritairement par les auxiliaires dentaires, soit les hygiénistes et les thérapeutes dentaires. Les hygiénistes dentaires exercent leur profession à la grandeur du pays et leur nombre a augmenté de 61 % entre 2000 et 2010¹⁴. Les thérapeutes dentaires, à l'emploi de l'Autorité sanitaire des Premiers Nations¹⁴², ne rentrent plus sur le marché du travail depuis 2011 à la suite du manque de fonds pour leur formation. À la même période : 2000-2010, le nombre de dentistes a augmenté de 35 %¹⁴ et, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé le nombre des professionnels dentaires est en croissance continue depuis 2008¹¹⁴.

Les disparités distinctes de santé buccodentaire s'accroissent et reflètent l'urgence d'élargir la perspective de la pratique dentaire au-delà de la concentration clinique, puisqu'elle restreint

l'avancement en matière d'objets d'intervention aux maladies buccodentaires, et ce, au détriment des individus et des familles. Dans le contexte actuel de changements démographiques importants et de complexité technologique, des recherches récentes soulignent la nécessité de mieux intégrer les services de soins primaires et d'en améliorer l'accessibilité, la productivité, la continuité, la qualité et la réactivité¹⁴³⁻¹⁴⁵.

2.5. L'intégration des services buccodentaires et des services primaires

L'intégration des services buccodentaires avec les services de santé est perçue comme une stratégie prometteuse qui faciliterait une vision commune des activités étroitement coordonnées entre de multiples partenaires¹⁴⁶.

Le raisonnement derrière l'intégration des services buccodentaires aux services de soins primaires est le même que celui qui soutient la mise en place des services intégrés : cette stratégie permet d'assurer une équité à l'accès aux services, tout en respectant la liberté individuelle et la gestion efficace des ressources disponibles¹⁴⁷.

2.5.1. Les soins primaires et le concept de l'intégration

Selon la définition de Santé Canada¹⁴⁸ les services de soins primaires représentent :

le premier niveau de soins et habituellement le premier point de contact que les individus ont avec le système de soins de santé. Les services de soins primaires soutiennent les individus et les familles à prendre les meilleures décisions pour leur santé. Ils englobent les conseils sur les maladies et leur prévention, la promotion de la santé, les évaluations individuelles de santé, le diagnostic et le traitement des conditions épisodiques et chroniques, et les soins de réadaptation et de soutien. Les services sont coordonnés, accessibles, à un coût abordable pour les communautés et sont fournis par des professionnels ayant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des individus et des communautés desservis. L'équipe de soins primaires travaille en partenariat avec les patients¹⁴⁸.

Bien que les buts et objectifs des provinces canadiennes en matière de soins primaires soient différents, plusieurs aspects communs ressortent à l'analyse : l'amélioration de l'accès aux soins primaires; une meilleure coordination et intégration des soins; des approches de soins cliniques en équipes interdisciplinaires; l'amélioration de la qualité/pertinence des soins, en mettant

l'accent sur la prévention et la gestion des maladies chroniques; une plus grande importance accordée à la participation/autogestion des soins du patient; et la mise en place et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et des systèmes de gestion de l'information¹⁴⁸.

Les services intégrés représentent « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation visant à créer et à maintenir une interdépendance, une coordination et une coopération à l'intérieur et entre les secteurs des soins, au niveau des prestataires de services, ainsi qu'au niveau administratif et financier »¹⁴⁵. Du point de vue des patients, les services intégrés permettent un accès facile et coordonné (*seamless care*) aux soins nécessaires¹⁴⁹.

Dans des systèmes de soins intégrés, la première ligne demeure le pilier central de l'accès à des services de santé et sociaux, et de la coordination de ces services pour les patients ayant des besoins de santé complexes^{150,151}. Les modèles de soins intégrés les plus connus (*Kaiser Permanente*, Clinique Mayo etc.) incluent les services buccodentaires et ont été développés dans les années 80 aux États-Unis sur une logique linéaire - structure-processus-résultat - d'amélioration de la qualité et de l'efficience des services par la standardisation des processus de soins¹⁵². Depuis, les gouvernements continuent de faire preuve de volonté et d'innovation dans leur quête de surmonter les obstacles politiques, juridiques, structurels, administratifs, opérationnels et culturels et pour assurer des services intégrés, centrés sur les besoins des individus¹⁵³⁻¹⁵⁷.

Au Québec, l'intégration de services de santé a constitué l'objectif majeur de plusieurs réformes¹⁵⁸, mais sans inclure les services buccodentaires. Au fil du temps, le système de santé a acquis une longue histoire d'intégration au niveau structurel combinant les services sociaux, les services de première ligne axés sur les communautés et les soins à domicile dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), puis dans les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS)¹⁵⁹.

À l'échelle mondiale, les pressions exercées sur les finances publiques pour contrer l'augmentation constante des dépenses de santé imposent aux gouvernements une quête constante des modèles de soins plus efficaces¹⁴³. Conséquemment, plusieurs pays privilégient

des approches globales plutôt que des approches centrées sur les maladies, et les services intégrés sont devenus un élément central des initiatives politiques dans le but d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé¹⁵³⁻¹⁵⁷.

2.5.2. Modèles de services buccodentaires intégrés

Le mode d'intégration des services buccodentaires aux services de soins primaires est spécifique à chaque système de santé et dépend de la cohérence entre la vision et les valeurs communes des sociétés respectives, du type de gouvernance et d'organisation des services cliniques. Par ailleurs, de façon générale, nous observons davantage des modèles de services buccodentaires intégrés dans les systèmes de santé ayant un financement majoritairement public, ce qui correspond au principe d'équité dans la prestation de soins.

Par exemple, en Finlande, après une réforme majeure en 2001 - 2002 visant à accroître l'équité en santé, l'intégration a été facilitée par un accès universel aux services buccodentaires publics indépendamment de l'âge et du revenu des individus¹⁶⁰. En Angleterre, depuis 2006, le gouvernement a alloué des budgets locaux aux organisations et conseils de santé locaux pour les soins buccodentaires intégrés¹⁶¹. Les secteurs de soins primaires de ces organismes sont chargés de la mise en œuvre de services buccodentaires par l'entremise des contrats de services avec les dentistes. Ces services sont offerts en clinique dentaire ou à domicile, sous la responsabilité et la supervision des dentistes. Dans ce pays, la colocation est le modèle le plus répandu de services buccodentaires intégrés. Ce modèle permet le développement de pratiques conjointes entre les dentistes et les médecins de familles et il est adopté dans certaines régions afin d'accroître l'accès et la continuité des soins par un processus bidirectionnel de références entre les deux professionnels^{161,162}. En Australie, le modèle *fly-in, fly-out*, développé et lancé en 2012 pour les populations vivant dans des régions rurales et éloignées, remplace le modèle traditionnel des services offerts par des dentistes. Des thérapeutes dentaires effectuent des dépistages de maladies buccodentaires, des soins buccodentaires de base périodiques et la préparation des patients pour des soins plus complexes réalisés par un dentiste¹⁶³. Parmi les pays en développement, le Brésil est le seul ayant adopté un modèle universel de services de santé avec des services buccodentaires intégrés. Dans ce dernier modèle, les services buccodentaires

sont offerts par une équipe multi et interdisciplinaire responsable de l'organisation et de la prestation des services pour la population d'un territoire donné¹⁶⁴.

À l'échelle mondiale, l'état de santé buccodentaire fait l'objet d'analyses périodiques de plusieurs organisations internationales, dans le but d'informer et de sensibiliser les décideurs politiques et les leaders d'opinion sur les enjeux majeurs appelant à déployer des efforts de promotion et d'action¹⁶⁵. Par conséquent, tous les pays ont développé des approches proactives de santé dentaire publique afin de mieux composer avec l'évolution démographique et la prise en charge à long terme des maladies chroniques¹⁶⁵. Ces approches sont majoritairement axées sur les facteurs de risque communs que les maladies buccodentaires partagent avec la majorité des maladies chroniques et sur les stratégies d'intégration des services buccodentaires dans les services de santé généraux¹⁶⁶.

En se basant sur le rôle des déterminants sociaux de la santé dans la santé buccodentaire, l'approche des facteurs de risque communs (*common risk factor approach* - CRFA) représente une démarche optionnelle aux modèles prédominants en matière de promotion de la santé^{27, 61, 63, 167}.

Au fil du temps, de nombreux programmes de promotion de la santé buccodentaire se sont développés et ont été mis en œuvre sans tenir compte des autres programmes de promotion de la santé^{168,169}. Cela conduit à des duplications de services et à des messages contradictoires livrés au public. En outre, les programmes de santé buccodentaire se concentrent toujours en grande majorité sur le comportement individuel relié aux habitudes d'hygiène dentaire et à la consommation de sucre et laissent de côté l'influence des facteurs sociaux, économiques et politiques sur la santé buccodentaire¹⁷⁰.

L'évolution des connaissances en matière des déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé a comme principale implication la nécessité du travail en partenariat avec un éventail d'autres secteurs et de disciplines. L'approche CRFA cible l'intégration de la santé buccodentaire aux recommandations visant à promouvoir la santé en général. Elle est fondamentalement collaborative et considérée plus rationnelle que les approches centrées sur

les maladies⁶¹. Ainsi l'amélioration de la santé buccodentaire et la réduction des inégalités en matière de santé buccodentaire deviennent plus probables en utilisant des stratégies centrées en amont sur les déterminants de la santé.

L'approche POHCA proposée par l'OMS se définit comme étant un ensemble de services buccodentaires essentiels, rendus accessibles et à un coût abordable pour les individus et les communautés. Cette approche met davantage l'accent sur le patient/la famille, vise l'équité, encourage la participation communautaire, la prévention, l'usage approprié des technologies et l'implication multisectorielle. Selon cette approche, les services buccodentaires primaires incluraient le dépistage et l'évaluation du risque des maladies buccodentaires, les services buccodentaires préventifs, les traitements d'urgence, les traitements des patients aux besoins spécifiques et l'éducation du public¹⁶⁶.

En 2011, l'Académie nationale de la médecine des États-Unis a recommandé le développement des compétences de base des intervenants de soins primaires pour offrir des services buccodentaires primaires¹⁷¹. Récemment, le Plan d'action mondial de l'OMS (2013-2030), recommande l'adoption de politiques de santé visant à inclure les services buccodentaires dans les services intégrés des maladies chroniques¹⁶⁶, conformément aux principes de l'approche CRFA.

En 2016, l'Académie américaine des médecins de famille souligne l'importance de l'approche POHCA et recommande l'adoption d'un cadre de prestation des services buccodentaires centré sur le travail d'équipe, l'implantation incrémentale des services buccodentaires, l'éducation et la formation continue des intervenants, le développement d'un système structuré des références aux dentistes, l'utilisation appropriée des technologies et des mesures d'amélioration de la qualité de ces services¹⁷².

En 2015, pour la première fois, l'Académie canadienne des sciences de la santé souligne aussi l'importance de l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires¹⁷³. Malgré quelques efforts et des initiatives provenant des groupes communautaires et des institutions académiques dans le développement de modèles de prestation de soins buccodentaires intégrés,

au Canada, il n'existe pas encore de modèle concret qui pourrait être adopté par les décideurs de la santé. Les recherches visant le développement des modèles d'intégration des services buccodentaires aux services de soins primaires sont sporadiques et le manque d'études rend difficile l'appréciation de leur pérennité.

Selon les données actuelles, la santé buccodentaire ne s'est pas améliorée depuis les trois dernières décennies. Des efforts plus importants et des approches potentiellement différentes sont nécessaires pour atteindre l'objectif conjoint de la FDI, de l'OMS et de l'IADR de réduire le nombre de maladies buccodentaires et de réduire leur impact¹⁷⁴.

Convaincre les décideurs des politiques de santé, les administrateurs, les acteurs clés et le public de l'efficacité de l'approche de santé buccodentaire primaire nécessite dans un premier temps le développement de connaissances approfondies sur les modèles adoptés par différents pays et sur les différentes façons dont les intervenants perçoivent l'intégration des services buccodentaires dans leur pratique. Ces connaissances serviront de base au développement des modèles de services buccodentaires intégrés.

2.6. Sources documentaires

1. ADA. ADA Policy - Definition of Oral Health [En ligne]. Chicago: American Dental Association; 2014 [cité le 23 juin 2019]. Disponible: <https://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/ada-policy-definition-of-oral-health>.
2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):915-917.
3. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community DentHealth*. 1988;5(1):3-18.
4. Li X, Kolltveit, KM., Tronstad, L., Olsen, I. Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(4):547-58.
5. Harding A, Gonder U, Robinson SJ, Crean S, Singhrao SK. Exploring the Association between Alzheimer's Disease, Oral Health, Microbial Endocrinology and Nutrition. *Front Aging Neurosci*. 2017 Dec 1;9:398.

6. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015 May; 94(5):650-8.
7. Fleming E, Afful J. Prevalence of Total and Untreated Dental Caries Among Youth: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief*. 2018 Apr;(307):1-8.
8. CDA. The state of oral health in Canada [En ligne]. Ottawa: Canadian dental association; 2017 [cité le 16 mai 2019]. Disponible : https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/_files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf.
9. Galarneau C, Arpin S, Boiteau V, Dubé MA, Hamel D, Wassef N. Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ) – Rapport national. 2e éd. [En ligne]. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018 [cité le 26 juin 2019]. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf.
10. Health Canada. Summary Report on the Findings of the Oral Health Component of the Canadian Health Measures Survey 2007–2009 [En ligne]. Ottawa: Health Canada; 2010. [cité le 16 mai 2019]. Disponible: <http://www.caphd.ca/sites/default/files/CHMS-E-summ.pdf>.
11. Muirhead V, Quiñonez, C., Figueiredo, R., Locker, D. Oral health disparities and food insecurity in working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(4):294-304.
12. The First Nations Information Governance Centre, First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10) National Report on Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities [En ligne]. Ottawa: The First Nations Information Governance Centre; June 2012 [cité le 18 octobre 2017]. Disponible : https://fnigc.ca/sites/default/files/First_Nations_Regional_Health_Survey_2008-10_National_Report.pdf.
13. Ministry of Health. Healthy Women, Children and Youth Secretariat. First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. Regional Health Authorities. Environmental scan: Oral health services in British Columbia for First Nations and Aboriginal children aged 0 – 7 years. [En ligne]. Victoria, BC: Ministry of Health; 2012 [cité le 29 novembre 2018]. Disponible : http://www.fnhc.ca/pdf/Environmental_Scan_Report-_FN-AB_Oral_Health-FIN.pdf.
14. Kassebaum N, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B., Murray CJL, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res*. 2014;93(11):1045-53.
15. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013 Jul;92(7):592-7.

16. Corbeil P, Arpin S, Brodeur JM. Portrait de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en Centre d'hébergement de soins de longue durée en Montérégie, à Montréal et à Québec. *J Dent. Que.* 2007;44:119-28.
17. Brodeur JM, Payette M, Benigeri M, Gagnon P, Olivier M, Chabot D. Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35-44 ans. *J Can Dent Assoc* 2000;66:374-9.
18. Petersen PE. Oral cancer prevention and control - the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009 Apr-May;45(4-5):454-60.
19. Laronde DM, Hislop GT, Elwood MJ, Rosin MP. Oral Cancer: Just the Facts. *J Can Dent Assoc.* 2008; 74(3).
20. Kassebaum N, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2014;93 (Suppl 7):20S-8S.
21. Health Canada. Inuit Oral Health Survey Report 2008-2009 [En ligne]. Ottawa: Health Canada; 2011 [cité le 16 août 2018]. Disponible : <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/reports-publications/health-promotion/inuit-oral-health-survey-report-2008-2009.html>.
22. Bélanger R, Blanchet C, Hamel D. La santé buccodentaire des aînés québécois. [En ligne]. Collection Vieillesse en santé. Institut national de santé publique du Québec; 2016 [cité le 24 juin 2019]. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2097_sante_buccodentaire_aines_quebecois.pdf.
23. Duquette P, Lemay H, Bourassa M. Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec. *J Dent. Que.* 1981;(18):23-8.
24. Brodeur JM, Benigeri M, Naccache H, Olivier M, Payette M. Évolution de l'édentation au Québec entre 1980 et 1993. *J Ass Dent Can.* 1996,62(2):159-66.
25. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2003 [cité le 24 décembre 2018]. Disponible : <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/escc.html>.
26. Millar WJ, Locker D. Edentulisme and denture use. *Health Reports.* 2005;17(1):57-60.
- 27 Dye BA. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. *J Dent Res.* 2017;96(4).
28. Kassebaum NJ, Smith A, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray C, Marcenes, W. GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-

2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dental Res.* 2017;96(4),380-7.

29. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dental Res*, 2015; 94(10), 1355-61.

30. CDA. Dental Health Services in Canada: Facts and Figures [En ligne]. Ottawa: Canadian dental association; 2010 [cité le 14 mai 2019]. Disponible: http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Dental/Dental_Health_Services_in_Canada_June_2010.pdf.

31. Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez C. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Oral Health.* 2013;13:17.

32. OHDQ. Étude économique de l'OHDQ. Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs [En ligne]. Montréal : Ordre des hygiénistes dentaires du Québec; 2015 [cité le 15 juin 2019]. Disponible : <http://www.ohdq.com/docs/default-source/actualite/C3%A9s/2016finalstudieeconomiqueohdq10nov2015.pdf?sfvrsn=0>.

33. Glouberman S, Millar J. Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *Am J Public Health.* 2003 Mar;93(3):388-92.

34. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40(s2):44-8.

35. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008 Nov 8;372(9650):1661-9.

36. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Un document de travail [En ligne]. Ministère de la santé et du bien-être social. Gouvernement du Canada 1981 [cité le 19 juin 2019]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>.

37. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 1986 [cité le 21 juin 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>.

38. INSPQ. Déterminants de la santé [En ligne]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2017 [cité le 22 juin 2019]. Disponible <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>.

39. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104.

40. Singh A, Harford J, Schuch HS, Watt RG, Peres MA. Theoretical basis and explanation for the relationship between area-level social inequalities and population oral health outcomes - A scoping review. *SSM Popul Health*. 2016 Jun 18;2:451-462.
41. Cassel J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. *Int J Health Serv*. 1974 Summer;4(3):471-82.
42. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 1997 Feb 22;314(7080):591-5.
43. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 2001 May 19;322(7296):1233-6.
44. Lynch J. Income inequality and health: expanding the debate. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1001-5; discussion 1009-10.
45. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012 Sep;126 Suppl 1:S4-S10.
46. Lobmayer P, Wilkinson R. Income, inequality and mortality in 14 developed countries. *Sociol Health Illn*. 2000; 22:401-14.
47. Paisi M, Kay E, Plessas A, Burns L, Quinn C, Brennan N, White S. Barriers and enablers to accessing dental services for people experiencing homelessness: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019;Apr;47(2):103-111.
48. Vasiliou A, Shankardass K, Nisenbaum R, Quiñonez C. Current stress and poor oral health. *BMC Oral Health*. 2016 Sep 2;16(1):88.
49. Bedos C, Loignon C, Brodeur JM, Levin A, Tubert S. Pauvreté et accès aux services buccodentaires: entre droit et éthique. *Congrès mondial de droit médical*; 7-11 août 2006; Toulouse, France.
50. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison PJ, Richard L. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges? A qualitative study in Montreal, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):472.
51. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*. 1996;312:999-1003.
52. Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M. Is income inequality a determinant of population health? Part 2. U.S. National and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality. *Milbank Q*. 2004 Jun;82(2):355-400.

53. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med.* 2006 Apr;62(7):1768-84. Epub 2005 Oct 13.
54. Duncan L, Bonner A. Effects of Income and Dental Insurance Coverage on Need for Dental Care in Canada. *J Can Dent Assoc* 2014;80:e6.
55. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health [En ligne]. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991 [cité le 14 février 2019]. Disponible : <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>.
56. Mackenbach JP, van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in The Netherlands. *Soc Sci Med.* 1994 Jan;38(2):299-308.
57. Brunner E, Marmot M. Social organization, stress and health. Dans: Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press. 1999; ch.2.
58. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. Dans: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, rédacteurs. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press. 2001; ch2.
59. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* [En ligne]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité le 22 juin 2019]. Disponible: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
60. MSSS. Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2012 [cité le 25 juin 2019]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>.
61. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000 Dec;28(6):399-406.
62. Sheiham A, Williams DM, Weyant RJ, Glick M, Naidoo S, Eiselé JL, Selikowitz HS. Billions with oral disease: A global health crisis--a call to action. *J Am Dent Assoc.* 2015 Dec;146(12):861-4.
63. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Rep.* 2013;128(Suppl 3):12–20
64. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:3–15.
65. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, Syme SL. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol.* 1994;49(1):15–24.

66. Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *Eur Heart J*. 2000;21(14):1141–51.
67. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468–2481.
68. McFadden E, Luben R, Wareham N, Bingham S, Khaw KT. How far can we explain the social class differential in respiratory function? A cross-sectional population study of 21,991 men and women from EPIC-Norfolk. *Eur J Epidemiol*. 2009;24(4):193–201.
69. Costa SM, Martins CC, Bonfim Mde L, Zina LG, Paiva SM, Pordeus IA, Abreu MH. A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct 10;9(10):3540-74.
70. Bernabé E, Hobdell MH. Is income inequality related to childhood dental caries in rich countries? *J Am Dent Assoc*. 2010 Feb;141(2):143-9.
71. Dye BA, Li X, Lewis BG, Iafolla T, Beltran-Aguilar ED, Eke PI. Overview and quality assurance for the oral health component of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2009-2010. *J Public Health Dent*. 2014 Summer;74(3):248-56.
72. Borrell LN, Crawford ND. Socioeconomic position indicators and periodontitis: examining the evidence. *Periodontol 2000*. 2012 Feb;58(1):69-83.
73. AlJehani YA. Risk factors of periodontal disease: review of the literature. *Int J Dent*. 2014;182513.
74. Bonfim MD, Mattos FF, Ferreira EF, Campos AC, Vargas AM. Social determinants of health and periodontal disease in Brazilian adults: a cross- sectional study. *BMC Oral Health*. 2013;13(1):22.
75. Morita I, Nakagaki H, Yoshii S, Tsuboi S, Hayashizaki J, Igo J, Mizuno K, Sheiham A. Gradients in periodontal status in Japanese employed males. *J Clin Periodontol*. 2007 Nov;34(11):952-6. Epub 2007 Sep 17.
76. Bastos João Luiz, Boing Antonio Fernando, Peres Karen Glazer, Antunes José Leopoldo Ferreira, Peres Marco Aurélio. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(Suppl 2):s141-53.
77. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Stafford M, Sheiham A, Tsakos G. Do welfare regimes matter for oral health? A multilevel analysis of European countries. *Health Place*. 2017 Jul;46:65-72.

78. Gambhir RS, Kaur A, Singh A, Sandhu AR, Dhaliwal AP. Dental public health in India: An insight. *J Family Med Prim Care*. 2016 Oct-Dec;5(4):747-51.
79. Buchwald S, Kocher T, Biffar R, Harb A, Holtfreter B, Meisel P. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. *J Clin Periodontol*. 2013 Mar;40(3):203-11.
80. Tsakos G, Demakakos P, Breeze E, Watt RG. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *Am J Public Health*. 2011 Oct;101(10):1892-9.
81. Mitchell J, Bennett K, Brock-Martin A. Edentulism in high poverty rural counties. *J Rural Health*. 2013 Winter;29(1):30-8.
82. Slade GD, Akinkugbe AA, Sanders AE. Projections of U.S. Edentulism prevalence following 5 decades of decline. *J Dent Res*. 2014 Oct;93(10):959-65.
83. Kingsley K, O'Malley S, Ditmyer M, Chino M. Analysis of oral cancer epidemiology in the US reveals state-specific trends: implications for oral cancer prevention. *BMC Public Health*. 2008;8:87.
84. Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *JADA*. 2001;132:7s–11s.
85. Moore CE, Warren R, Maclin Jr SD. Head and neck cancer disparity in underserved communities: probable causes and the ethics involved. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23(4 Suppl):88–103.
86. Pierre CS, Dassonville O, Chamorey E, Poissonnet G, Ettaiche M, Santini J, Peyrade F, Benezery K, Sudaka A, Bozec A. Long-term quality of life and its predictive factors after oncologic surgery and microvascular reconstruction in patients with oral or oropharyngeal cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;16.
87. Radoï L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41:97–109.
88. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr*. 2002 Mar-Apr;2(2 Suppl):141-7.
89. Patrick DL, Shuk R, Lee Y, Nucci M, Grembowski D, Jolles C, Milgrom P. Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. *BMC Oral Health*. 2006;6 (Suppl 1):S4.
90. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Oral health inequalities: Determinants of access to prevention and care in France. *Sante Publique*. 2018 March April;30(2):243-51.

91. Baraldi R, Dumitru V. Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec: une comparaison avec le reste du Canada Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2014 [cité le 12 septembre 2018]. Disponible : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>.
92. Sadeghi L, Manson H, Quinonez CR. Report on access to dental care and oral health inequalities in Ontario [En ligne]. Ottawa: Public Health Ontario; 2012 [cité le 13 mars 2019]. Disponible : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/dental-oral-inequalities.pdf?la=en>.
93. Chevarley FM. Percentage of persons unable to get or delayed in getting needed medical care, dental care, or prescription medicines: United States 2007. Statistical brief #282. [En ligne]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010 [cité le 23 juin 2019]. Disponible: https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/st282/stat282.shtml.
94. Donabedian A. Capacity to Produce Services in Relation to Need and Demand. In Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
95. Bashshur RL, Shannon GW, Metzner CA. Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services. *Health Serv Res.* 1971;6:61–75.
96. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;19:127-40.
97. Andersen R. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36:1-10.
98. Manski RJ, Moeller JF, St Clair PA, Schimmel J, Chen H, Pepper JV. The influence of changes in dental care coverage on dental care utilization among retirees and near-retirees in the United States, 2004-2006. *Am J Public Health.* 2011 Oct;101(10):1882-91.
99. Manski RJ, Moeller JF, Chen H, Widstrom E, Lee J, Listl S. Disparity in Dental Coverage Among Older Adult Populations: A Comparative Analysis Across Selected European Countries and the United States. *Int Dent J.* 2015 Apr;65(2):77–88.
100. Bomberg TJ, Ernst NS. Improving utilization of dental care services by the elderly. *Geriodontics.* 1986;2(2):57–60.
101. Conrad DA. Dental care demand: age-specific estimates for the population 65 years of age and over. *Health Care Financ Rev.* 1983;4(4):47–57.
102. Kandelman D, Lepage Y. Demographic, social and cultural factors influencing the elderly to seek dental treatment. *Int Dent J.* 1982;32:360–370.

103. Yule BF, Parkin DW. Patient charges and the use of dental services: some evidence. *Br Dent J*. 1988;165(10):376–9.
104. Fisher-Owens SA, Isong IA, Soobader MJ, Gansky SA, Weintraub JA, Platt LJ, Newacheck PW. An examination of racial/ethnic disparities in children's oral health in the United States. *J Public Health Dent*. 2013;73:166–74.
105. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health. *J Dent Res*. 2015 Mar;94(3 Suppl):3S-5S.
106. Zaitzu T, Saito T, Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan. *Healthcare (Basel)*. 2018 Jul 10;6(3):79.
107. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J*. 2013 Oct;63(5):237-43.
108. Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S. Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector. *Health Policy*. 2010;98:81-90.
109. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. La santé rurale aux mains des communautés rurales: Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2002 [cité le 23 juin 2019]. Disponible : <http://publications.gc.ca/site/eng/9.633786/publication.html>.
110. CDA. Economic realities of practice [En ligne]. Ottawa: Canadian dental association; 2019 [cité le 26 juin 2019]. Disponible: <https://www.cda-adc.ca/en/services/internationallytrained/economic/>.
111. Blackwell T. Glut of dentists means tough times for them, good deals for customers, 'doom and gloom' report says [En ligne]. Ontario: Canada National Post; 2013 [cité le 13 mai 2019]. Disponible : <http://news.nationalpost.com/2013/03/25/glut-of-dentists-means-tough-times-for-them-good-deals-for-customers-doom-and-gloom-report-says/>.
112. Emami E, Chassé V, Abasolo P, Rompré PH, Allison PJ, Bedos C. Mapping Quebec dental workforce: ranking rural oral health disparities. *J Dent Res*. 2011;90(Sec Iss A).
113. CIHI. Distribution and internal migration of Canada's dentist workforce [En ligne]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2007 [cité le 23 juin 2019]. Disponible: https://secure.cihi.ca/free_products/2007_Dentists_EN_web.pdf.
114. CIHI. Canada's Healthcare Providers 1997-2011 [En ligne]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2019 [cité le 26 juin 2019]. Disponible : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC56>.
115. Emami E, Wootton J, Galarneau C, Bedos C. Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Can J Rural Med*. 2014;19(1):63-70.

116. Brennan D, Spencer AJ, Slade GD. Provision of public dental services in urban, rural and remote locations. *Community Dent Health*. 1996;13(3):157-62.
117. Samaei H, Weiland TJ, Dilley S, Jelinek GA. Knowledge and confidence of a convenience sample of australasian emergency doctors in managing dental emergencies: results of a survey. *Emerg Med Int*. 2015;2015:148384.
118. Cohen LA. Expanding the physician's role in addressing the oral health of adults. *Am J Public Health*. 2013;103(3):408-12.
119. Mattheus D, Shannon M, Gandhi K, Lim E. Oral Health Knowledge and Practices of Pediatric and Family Nurse Practitioners. *J Pediatr Health Care*. 2018 Jul - Aug;32(4):356-62.
120. Johnson M., George A, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, Ellis S, Yeo A. The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women. *BMC oral health*. 2015;15:2.
121. DiMarco M, Fitzgerald K, Taylor E, Marino D, Huff M, Biordi D, et al. Improving oral health of young children: an interprofessional demonstration project. *Pediatr Dent Care*. 2016;1(2):1-9.
122. Lévesque M, Levine A, Bedos C. Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health. *Int J Equity Health*. 2015;14(1).
123. Emami E, Feine, JS. Focusing on oral health for the Canadian rural population. *Can J Rural Med*. 2008;13(1):36-8.
124. US Inspector General. Children's Dental Services Under Medicaid: Access and Utilization. [En ligne]. San Francisco, Calif: US Dept of Health and Human Services; 1996. Publication OEI 09-93-00240 [cité le 18 avril 2017]. Disponible : <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-93-00240.pdf>.
125. Milgrom P, Riedy C. Survey of Medicaid dental services in Washington state: preparation for a marketing program. *J Am Dent Assoc*. 1998;129:753-63.
126. Barnett T, Hoang H, Stuart J, Crocombe L, Bell E. Utilisation of oral health services provided by non-dental health practitioners in developed countries: a review of the literature. *Community Dent Health*. 2014 Dec;31(4):224-33.
127. Rowan-Legg A. Oral health care for children – a call for action. *Paediatr Child Health*. 2014;18(1):37-43.

128. OIIQ. Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques [En ligne]. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2009 [cité le 26 juin 2019]. Disponible : https://www.oiiq.org/sites/default/files/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf.
129. Singhal S, McLaren L, Quiñonez C. Trends in emergency department visits for non-traumatic dental conditions in Ontario from 2006 to 2014. *Can J Public Health*. 2017 Sep 14;108(3):e246-e250.
130. Wallace B, MacEntee M. Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *J Community Health*. 2012 Feb;37(1):32-9.
131. Davis EE, Deinard AS, Maiga EWH. Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. *J Public Health Dent*. 2010 Summer;70(3):205-10.
132. Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare? [En ligne]. Toronto : NCOHR Working Papers Series; 2013 [cité le 4 juin 2018]. Disponible : <http://ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/quinonez.pdf>.
133. Quiñonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *J Public Health Dent*. 2009 Spring;69(2):64-73.
134. Government of Canada. Canada Health Act [En ligne]. Ottawa: Government of Canada; 1984 [cité le 22 juin 2019]. Disponible: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/FullText.html>.
135. Quiñonez C, Locker D, Sherret L, Grootendorst P, Azarpazhooh A, Figueiredo R. An environmental scan of provincial/territorial dental public health programs [En ligne]. Toronto : Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto; 2007 [cité le 29 août 2019]. Disponible: http://www.caphd.ca/sites/default/files/Environmental_Scan.pdf.
136. Shaw JL, Farmer JW. An environmental scan of publicly financed dental care in Canada: 2015 update. [En ligne]. Ottawa; 2016 [cité le 22 juin 2019]. Disponible : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/FINAL%20-%202015%20Environmental%20Scan%20-%20ENGLISH%20-%202016%20Feb%2016.pdf>.
137. CDA. Position on First Visit to the Dentist [En ligne]. Ottawa: Canadian dental association; 2005 [cité le 26 novembre 2018]. Disponible: https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/firstvisit/.
138. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J. Update on well-baby and well-child care from 0 to 5 years: What's new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician* 2010;56(12):1285–90.
139. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2012 [cité le 2 juillet 2019]. Disponible: http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=135927.

140. Quiñonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian households. *Int J Equity Health*. 2011 Apr 16;10:14.
141. RAMQ. La couverture des services dentaires [En ligne]. Québec : Régie d'assurance médicaments de Québec; 2019 [cité le 14 juin 2019]. Disponible: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-services-dentaires-fr.pdf>.
142. Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. *Int J Equity Health*. 2017 Jul 20;16(1):131.
143. Contandriopoulos A, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration de soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2001;8(2):38-52.
144. Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere [En ligne]. London, UK: NHS Confederation ; 2005 [cité le 29 août 2019]. Disponible: <https://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Building-integrated-care.pdf>.
145. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110.
146. Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, Salles M. La coordination en gérontologie. New edition [En Ligne]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2013. Disponible : <http://books.openedition.org/pum/5461>.
147. Isman RE. Integrating primary oral health care into primary care. *J Dent Ed*. 1993;57(12):846-52.
148. Health Council of Canada. Primary health care. A background paper to accompany health care renewal in Canada: Accelerating change [En ligne]. Ottawa: Health Council of Canada; 2005 [cité le 29 août 2019]. Disponible: https://healthcouncilcanada.ca/files/2.48-Accelerating_Change_HCC_2005.pdf
149. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q* 2009, 13 (Special Issue):6-15.
150. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeel, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013(Jan–Mar).
151. Kodner D, Kyriaco CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care*. 2000 1(e08).

152. WHO. Integrated care models - an overview. Working document [En ligne]. Copenhagen, Denmark: Health Services Delivery Programme. Division of Health Systems and Public Health; 2016 [cité le 17 juin 2019]. Disponible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.
153. WHO. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? [En ligne]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cité le 25 août 2019]. Disponible: https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/.
154. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe [En ligne]. Copenhagen: Denmark. World Health Organization; 2012 [cité le 25 août 2019]. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf
155. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff* 2008, 27(3):759-769.
156. Frenk J. Reinventing Primary Health Care: The Need for Systems Integration. *The Lancet*. 2009;347(9684):170-3.
157. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med*. 2009 Mar-Apr;7(2):100-3.
158. Contandriopoulos A.P, Denis JL. La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal; 2001.
159. Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2015 [cité le 24 août 2019]. Disponible : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>.
160. Niiranen T, Widström E, Niskanen T. Oral Health Care Reform in Finland - aiming to reduce inequity in care provision. *BMC oral health*. 2008;8 (3).
161. NHS England. Guides for Commissioning Dental Specialities and their implementation [En ligne]. Wakefield: England; 2019 [cité le 13 mai 2019]. Disponible : <https://www.england.nhs.uk/commissioning/primary-care/dental/>.
162. Public health England. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention [En ligne]. London: UK; 2014 [cité le 16 mai 2019]. Disponible : <https://www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidence-based-toolkit-for-prevention>.

163. Kruger E, Jacobs A, Tennant M. Sustaining oral health services in remote and Indigenous communities: A review of 10 years experience in Western Australia. *Int Dent J.* 2010;60:129-34.
164. Pucca G, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res.* 2015;94(10):1333-7.
165. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *Int Dent J.* 2008 Jun;58(3):115-21.
166. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [En ligne]. Geneva: Switzerland; 2013 [cité le 3 février 2019]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=4B22FBCBEE31A8E420FEA8935A210C25?sequence=1.
167. Newton JT, Bower EJ. The social determinants of health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33: 25-34.
168. Sheiham A, James WP. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health.* 2014 Sep 16;14:863.
169. Watt RG, Heilmann A, Sabbah W, Newton T, Chandola T, Aida J, Sheiham A, Marmot M, Kawachi I, Tsakos G. Social relationships and health related behaviors among older US adults. *BMC Public Health.* 2014 May 30;14:533.
170. Stamm J, Waller M, Lewis D, Stoddart G. Dental programs in Canada: Historical development, current status and future directions. Ottawa: Health and Welfare Canada.1986.
171. IOM. Advancing Oral Health in America [En ligne]. Washington, DC: The National Academies Press; 2011 [cité le 18 avril 2019]. Disponible : <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/publichealth/clinical/oralhealth/advancingoralhealth.pdf>.
172. AAFP. Oral health [En ligne]. Leawood: KS: American Academy of Family Physicians; 2016 [cité le 5 mars 2017]. Disponible : <http://www.aafp.org/patient-care/public-health/oral-health.html>.
173. ACS. Améliorer l'accès aux soins de santé buccodentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada [En ligne]. Ottawa : Académie canadienne de la santé; 2014 [cité le 20 juin 2019]. Disponible : <https://www.caahs-acss.ca/improving-access-to-oral-health-care-for-vulnerable-people-living-in-canada/?lang=fr>.

174. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.* 2003; 53, 285–8.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE

L'étude s'inscrit dans la catégorie des recherches synthétiques systémiques¹. Ce type de recherche permet de développer une compréhension riche de l'objet à l'étude, soit l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires, parce qu'elle explore, de façon systémique et simultanée, plusieurs aspects de cette intégration dans un modèle de relations interdépendantes¹.

L'étude comporte deux phases, une étude de portée et une étude de cas. Ensemble, ces deux phases forment une étude synthétique de cas, conduite avec une approche de recherche qualitative, dite *interpretive description*².

Les sections suivantes présentent les principaux aspects de la méthodologie. Des éléments plus spécifiques se retrouvent dans la section méthodologique de chacun des articles dans le chapitre des résultats.

3.1. Cadre conceptuel - Description générale

Valentijn et al.³ proposent un cadre conceptuel qui combine les dimensions des soins primaires et les dimensions de l'intégration. Ce cadre regroupe les composantes biomédicales, psychologiques et sociales de la santé et du bien-être dans une vision qui associe l'approche centrée sur la personne à l'approche populationnelle.

Les dimensions de processus caractéristiques aux soins primaires – accès/premier contact, continuité, globalité et coordination⁴ - sont incorporées et reliées aux dimensions de l'intégration : axes de l'intégration (horizontale et verticale); types d'intégration (systémique, professionnelle, organisationnelle, clinique); niveau d'intégration (micro, méso, macro); degré d'intégration (de liaisons à l'intégration complète) et processus d'intégration (fonctionnels – mécanismes structurels et systémiques; et normatifs – mécanismes sociaux et culturels)³.

L'axe horizontal fait référence à des stratégies qui connectent des niveaux similaires de soins à travers une intégration fonctionnelle et normative et l'axe vertical renvoie à des stratégies permettant une coordination des niveaux de soins différents à travers une intégration clinique, professionnelle, organisationnelle et systémique (figure 2).

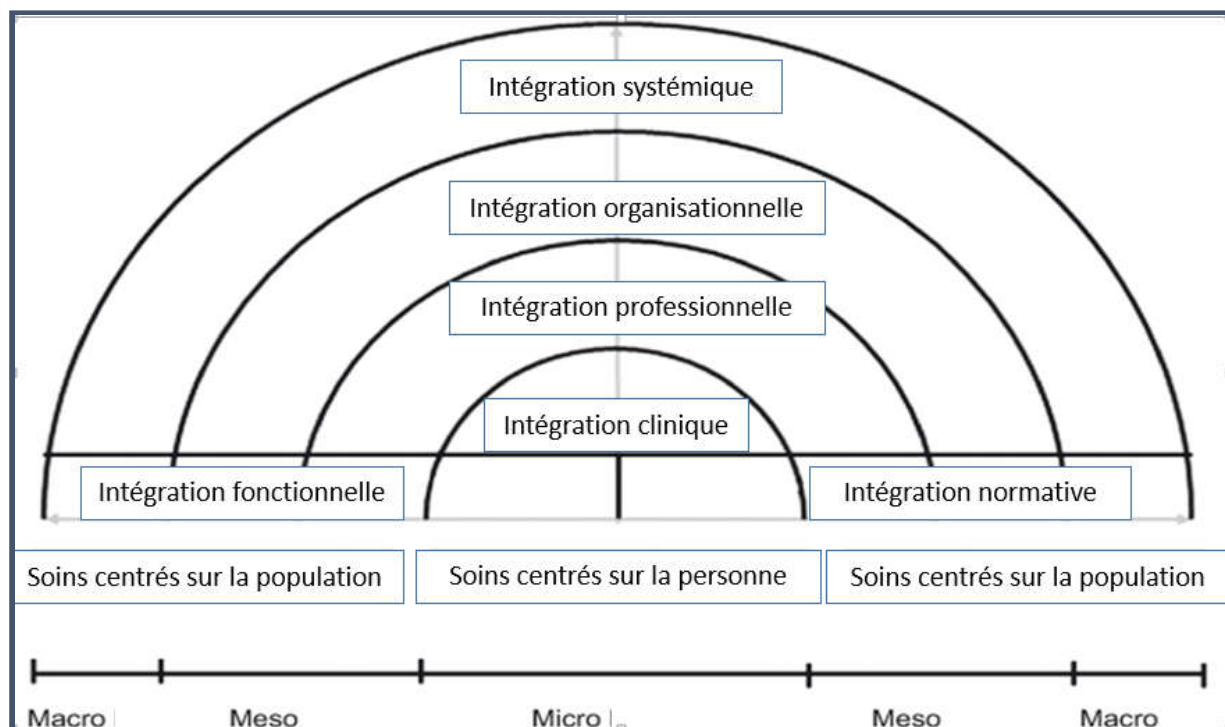


Figure 2 - Cadre conceptuel des services intégrés (reproduit en français avec permission – annexe 1; Valentjin et al. 2013)

Au niveau macro, l'intégration systémique place les besoins des populations au cœur du système de santé. Cette vision holistique nécessite, en plus d'une intégration horizontale et verticale des services de santé, un ensemble cohérent de règlements et de politiques qui orientent les actions des prestataires de services et des acteurs externes au bénéfice de la population³.

Au niveau méso, l'intégration organisationnelle regroupe les relations inter organisationnelles sous forme de contrats, alliances, réseaux de connaissances, sous un mécanisme commun de gouvernance pour assurer des soins globaux³. Toujours au niveau méso, l'intégration

professionnelle représente les partenariats interprofessionnels basés sur le partage des compétences, rôles, responsabilités et imputabilité dans la prestation des services³.

Au niveau micro, l'intégration clinique permet aux professionnels de santé de prendre en compte les besoins des utilisateurs de services, de sorte que les services fournis sont adaptés à leurs besoins, évalués selon une approche globale, bio-psycho-sociale³. Ce niveau fait aussi référence à la coordination des services centrés sur les besoins du patient dans un processus fluide à travers le temps, les organisations de santé et les différentes disciplines³.

Enfin, les processus d'intégration fonctionnelle et normative assurent la connectivité au sein du système de santé. La dimension fonctionnelle reflète tous les aspects de la fonction de soutien autour des processus cliniques (éléments financiers, informationnels et de gestion) pour coordonner et faciliter la prise de décision entre les organisations et les professionnels³. L'intégration normative implique le développement et le maintien d'un système commun de valeurs entre les organisations, les professionnels et les patients³.

La cohérence conceptuelle de ce cadre permet une compréhension globale de la dynamique non linéaire inhérente aux processus d'intégration. Le cadre déroge de la démarche habituelle « structure-processus-résultats »⁵ pour mieux orienter et soutenir les décideurs, les gestionnaires, les professionnels et les chercheurs dans le déploiement et l'évaluation des initiatives de soins intégrés dans la pratique. Il permet une mise en place d'une terminologie et d'une typologie qui reconnaissent la complexité de la prestation de soins intégrés. Cette complexité provient de la signification de concepts tels que « santé », « soins primaires » et « soins intégrés », qui évolue en fonction du contexte, du moment et de la nature des soins de santé⁶.

3.2. Phase I - Étude de portée

Puisqu'une première recherche dans les écrits scientifiques n'a décelé aucune recension des écrits sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires, la première phase du projet de recherche est constituée d'une étude de portée⁷.

L'étude de portée a permis de sélectionner et de cartographier les concepts clés reliés à l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires et de mettre à jour les connaissances dans ce domaine. Elle a aussi mis en évidence l'étendue et le type de données disponibles sur le sujet de recherche, ainsi que les lacunes des études pouvant faire l'objet des recherches futures⁷.

L'étude de portée a suivi l'approche décrite par Levac et al.⁸ en 2010, qui permet la mobilisation des utilisateurs des connaissances et des parties prenantes (membres de la communauté académique, des décideurs et des professionnels de la santé) pendant les étapes de l'étude, afin de produire des résultats utiles.

Les questions de recherche retenues pour structurer l'étude de portée ont été les suivantes:

1. Quels sont les éléments conceptuels des services buccodentaires primaires ?
2. Quels sont les indicateurs de l'intégration des services buccodentaires aux services de soins primaires ?
3. Quelles sont les particularités des modèles de services buccodentaires intégrés retrouvés au Canada et dans le monde? Quelles sont leurs différences? Quels sont les facteurs qui expliquent leur existence ?
4. Quelles sont les politiques publiques concernant l'intégration des services buccodentaires aux services de soins primaires dans le monde et au Canada ?
5. Quels types de recherches ont été effectués et quelles étaient leurs finalités ?
6. Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent cette intégration ?

La stratégie de recherche a été construite avec l'aide d'un bibliothécaire expert. La sélection des articles a été effectuée par la doctorante, à partir des titres et des résumés, et avec au moins un des chercheurs de l'équipe. Les désaccords ont été discutés avec un deuxième chercheur pour arriver à un consensus.

L'extraction des données s'est effectuée à l'aide d'une grille élaborée de façon itérative pour identifier, catégoriser et décrire les éléments se rapportant à l'objet de recherche. Tout désaccord

a été discuté et résolu par consensus entre trois membres de l'équipe de recherche. L'utilisation systématique de la grille a assuré une lecture objective de chaque article et une constance dans l'analyse.

L'analyse des données a été de type inductif et a été guidée par le cadre conceptuel choisi. Elle s'est réalisée en lisant et en interprétant à plusieurs reprises les données brutes, dans une procédure séquentielle de sélection des concepts et des dimensions d'intérêt pour l'objet de recherche⁹. La catégorisation des études selon les définitions du cadre conceptuel a été effectuée de façon rigoureuse et a surtout permis de standardiser le classement des études et d'augmenter leur comparabilité.

3.3. Phase II – Étude de cas

Les principales caractéristiques qui justifient l'étude de cas comme méthode de recherche résident dans la multitude des dimensions du sujet d'intérêt, l'utilisation d'un cadre théorique pour guider la collecte et l'analyse de données, et la triangulation des résultats^{9,10}. Selon Yin¹¹, ce choix est justifié lorsque trois conditions sont réunies, soit la formulation de la question de recherche sous la forme *comment...?*, l'orientation de la recherche sur des sujets actuels, étudiés dans la vie réelle, et l'absence de contrôle sur les sujets étudiés¹¹. L'étude de cas a débuté avant la finalisation de l'étude de portée et s'est poursuivie après la publication des résultats de cette dernière.

3.3.1. Paradigme de recherche

La recherche s'inscrit dans le paradigme interprétatif, pour lequel la compréhension du sujet à l'étude détient un statut privilégié¹². Révélateur de l'expérience vécue et exposée par les participants à la recherche, ce paradigme permet en même temps au chercheur une expression de ses valeurs et de son appréciation à travers un second « saut interprétatif »¹³, lorsqu'il est amené à faire des liens entre les données de recherche.

Le positionnement devant les questionnements ontologique, épistémologique et méthodologique fait suite à ce choix. Ainsi, comprendre comment les services buccodentaires évoluent dans le secteur de soins primaires nécessite un passage obligé par les représentations personnelles des intervenants et du chercheur. Puisque chacun a sa propre réalité, tout ce qu'on peut savoir sur un sujet donné est construit par le sens que les gens lui attribuent¹³. Ensuite, le raisonnement épistémologique nécessaire à la recherche est encadré par des principes d'éthique¹⁴. La doctorante a été confrontée dès le début de la démarche à la nécessité de trouver un compromis entre les besoins de la recherche et le respect du milieu, ou encore à l'influence de la communauté dentaire sur la reconnaissance de ce travail inscrit dans un paradigme moins conventionnel et moins rapporté dans les écrits scientifiques de ce domaine.

Enfin, pour comprendre le sujet à l'étude, le choix méthodologique s'est arrêté sur une approche qualitative, *interpretive description*, décrite par Sally Thorne, « *as a method for those who wish to study problems whose origins are the needs of the clinical field* »² (p. 69).

3.3.2. Approche de recherche qualitative – *Interpretive description*

Définie comme approche de recherche qualitative, *Interpretive description* permet la déconstruction d'une perspective à la base des connaissances existantes, pour en adopter une nouvelle et générer ainsi des applications novatrices dans un contexte clinique et pour les différents professionnels de la santé². Deux assises sous-tendent cette approche: i) une finalité reconnue pour la pratique clinique et ii) une compréhension de ce qui est fait, appliqué sur le terrain, mais méconnu en termes de justification ou insuffisamment expliqué dans les bases des données empiriques existantes² (p.35).

L'*interpretive description* représente toujours une approche dirigée vers une audience particulière – ici, les cliniciens – afin de rendre crédibles des connaissances chargées d'un nouveau sens ou de refléter un état futur, idéal².

La pertinence de cette approche pour notre questionnement de recherche réside dans les sens des mots *description* et *interpretive*.

Apport de la description

Qu'est-ce que la description? Pour les chercheurs, le terme *description* renvoie aux études qui ont comme objectif de décrire, c'est-à-dire de détailler les attributs d'un sujet qui nécessite une connaissance approfondie par la mise en évidence de ce qui est observé¹⁵. Il ne s'agit donc pas de tester une théorie ou de confirmer une association, mais de présenter ce qui peut être observé par l'examen approfondi du sujet à l'étude¹⁵.

Selon Corbin et Strauss¹⁶, la description forme la base d'une interprétation abstraite des données, car elle est la première étape du processus de conceptualisation, puis de théorisation. Elle englobe des concepts, du moins des concepts implicites. Pour le domaine de la santé, la description est, et restera, un moyen de conscientiser les professionnels à l'égard des aspects complexes reliés à la santé et à la maladie, et de créer ainsi une base empirique pour de nouveaux questionnements.

Dans la recherche qualitative, la description construit les *preuves* de manière inductive et donc, par définition, elle est ouverte et exploratoire.

Apport de l'interprétation

Qu'est-ce que l'interprétation? L'ajout du terme *interpretive* dans la définition de l'approche choisie place explicitement la recherche dans la tradition philosophique de la non-dualité¹⁷. Elle capitalise sur la perspective que la réalité n'est pas une entité objective à découvrir et à mesurer, mais plutôt socialement construite, à travers les expériences propres aux individus qui vivent cette réalité².

***Interpretive description* dans le domaine dentaire**

L'approche *Interpretive description* postule que les cliniciens n'adoptent pas nécessairement, ni constamment, des pratiques basées sur une description *pure*, mais ils ont plutôt tendance à chercher des associations/reliées à l'intérieur d'un sujet d'intérêt². Par exemple, la description d'un cas clinique est utilisée non seulement pour la valeur en soi d'une telle documentation, mais aussi avec l'espérance qu'il y aura, peut-être, d'autres cas cliniques affichant des similarités avec celui à l'étude. Ainsi, par l'analyse d'un cas spécifique, des connaissances

nouvelles et plus générales pourraient surgir. Cette tendance, appelée communément pratique clinique réflexive, force le regard au-delà des *preuves* du cas clinique pour favoriser un changement d'angle sous lequel le cas pourrait être observé². L'*Interpretive description* se traduit dans les séquences du processus de raisonnement clinique et guide la genèse des connaissances utiles dans la pratique.

Dans cette optique, l'alignement des questions d'une recherche menée avec cette approche dépasse les composantes génériques d'une description et tend vers des explications interprétatives, mais sans produire des explications formelles de type causal, prédictif, ou évaluatif¹⁸.

Dans le domaine dentaire, la recherche est majoritairement orientée vers des approches quantitatives¹⁹. Une analyse des études dans ce domaine démontre qu'au début des années 2000, moins de 0.1% des recherches étaient de nature qualitative²⁰. Une légère tendance à la hausse est cependant remarquée, associée à l'intérêt grandissant pour les perspectives des patients dans la prise de décision clinique²¹.

Les recherches qui adoptent l'approche *Interpretive description* sont encore plus rares. Ainsi, nous avons trouvé un travail de recherche qui porte sur la participation des enfants atteints des maladies chroniques, dont les maladies dentaires associées, dans la prise de décision concernant la gestion de ces maladies²². Par l'utilisation de cette approche, l'étude apporte des éclairages importants sur les implications éthiques de la participation de ces enfants aux décisions les concernant, sur les pratiques cliniques. Elle décrit et s'interroge sur la vision conventionnelle selon laquelle les désirs et les intentions des enfants seraient séparés de leurs expériences de santé.

Plus récemment, une étude sur les représentations des étudiants en médecine dentaire de la pratique en milieu rural met en lumière des facteurs importants pour la mise en place des stratégies de réduction des disparités en santé buccodentaire²³.

Malgré sa rareté relative, nous avons choisi l'approche *Interpretive description* pour l'adéquation et la cohérence entre les fondements de cette approche, le type de connaissances recherchées et les intérêts des utilisateurs de ces connaissances.

3.3.3. Positionnement épistémologique

La posture épistémologique se traduit dans l'affirmation d'une identité scientifique; elle conditionne la démarche de recherche et le choix subséquent de la méthode¹². La doctorante s'est reconnue tôt dans son parcours d'apprenti chercheur dans le paradigme interprétatif, pour la centralité de la compréhension du sujet à l'étude que privilégie ce paradigme¹². En tant qu'instrument de recherche sous l'angle de *Interpretive description*, le chercheur doit se positionner par rapport à quelques éléments interreliés : allégeances théoriques, discipline/domaine d'étude et relation avec ses propres idées².

Ce faisant, le chercheur devient conscient que l'interprétabilité des données et la pertinence des conclusions de recherche sont dépendantes des systèmes de représentations (sociales, culturelles, linguistiques, etc.), sans lesquels le sujet à l'étude ne peut prendre sens. C'est pourquoi le cheminement réflexif de la doctorante a mis en constante tension le système de représentations qui lui est propre, issu des facettes complémentaires de sa formation et de son expérience de travail réunissant dentisterie, soins infirmiers et gestion de services de santé, dans trois pays aux statuts socioéconomiques différents. En adéquation avec le sujet à l'étude, elle a cherché constamment la rencontre d'un dénominateur commun de ces domaines de connaissances, tout en sachant que cette démarche teintera les choix et la description du contexte entourant la recherche, ainsi que la manipulation subséquente des données collectées.

3.3.4. Devis de recherche, choix des milieux de recherche et des cas

Le devis utilisé relève d'une étude de cas multiples, avec un seul niveau d'analyse, soit le secteur de soins primaires. Le choix d'une étude de cas multiples a été fait afin d'approfondir la compréhension du sujet de recherche et pour étendre au-delà d'un seul cas le caractère de transférabilité des résultats¹¹.

3.3.4.1. Choix des cas

Au Québec, les services de soins primaires sont dispensés dans les CLSC, les CHSLD et les départements des urgences, faisant partie des CISSS/CIUSSS (Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux). Ils sont également offerts dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques médicales privées, dans les pharmacies et les cabinets de services professionnels²⁴.

Les deux cas à l'étude incluent les installations des CISSS, les GMF, les cliniques médicales et les bureaux dentaires d'une région rurale et urbaine. Pour des raisons de confidentialité, le milieu urbain a été désigné avec l'appellation de cas 1 et le milieu rural, cas 2.

Le choix des cas a été déterminé par plusieurs aspects. Premièrement, l'étude de portée a révélé que les modèles d'intégration des services buccodentaires aux soins primaires ciblent majoritairement ces types d'installations pour leur mise en œuvre²⁵. Deuxièmement, ce choix est en concordance avec la définition du Santé Canada du secteur de soins primaires³⁶, définition qui fait référence aux installations à profil clinique, au détriment d'autres types d'établissements. Finalement, pour des raisons de faisabilité en termes de ressources, l'étude a visé ces installations du secteur de première ligne en raison de leur accessibilité et de la présence de partenariats de recherche antérieurs.

Les transformations majeures amorcées dans le secteur de la santé à partir de mai 2015 à la suite de l'adoption du projet de la loi 10 se sont soldées par des fusions des établissements et des restructurations radicales au niveau opérationnel²⁷. Ces transformations ont eu un impact sur les cas à l'étude puisque la recherche avait débuté en décembre 2014. À la suite de ces transformations, l'établissement public qui desservait la région rurale a été fusionné avec d'autres établissements des milieux ruraux et urbains. L'établissement public qui desservait initialement la région urbaine a été fusionné avec d'autres établissements urbains. Les deux cas se distinguent ainsi par la couverture géographique des services, le type de population desservie, leur structure organisationnelle et l'ampleur du changement organisationnel induit par la nouvelle loi 10.

Par conséquent, pour assurer un arrimage entre les nouvelles entités organisationnelles du système public de santé et les objectifs de la recherche, l'étude a ajusté le recrutement des participants de la façon suivante : au début, les professionnels de soins primaires ont été recrutés dans les établissements publics existants avant la loi 10 et, ultérieurement, des gestionnaires des nouveaux établissements fusionnés ont été ajoutés au recrutement initial effectué dans ce groupe.

Il est bien connu que les attentes ministérielles en matière de responsabilité pour les services ont un impact sur la nature des activités liées à l'organisation de ces services²⁸. Les sections suivantes décrivent les services buccodentaires dispensés dans le secteur de soins primaires selon les dimensions de ce secteur : accès/premier contact, continuité, globalité et coordination²⁹.

3.3.4.2. Les services buccodentaires primaires dans le cas 1

Les établissements faisant partie du cas 1 assurent des services en milieu exclusivement urbain pour une population en augmentation constante. L'accès aux services buccodentaires primaires est majoritairement assuré par les 41 cliniques dentaires privées de cette région. Certains des dentistes en bureau privé se sont regroupés pour assurer la continuité des services buccodentaires pour leurs patients, en dehors des heures d'ouverture régulières et pendant les jours fériés/vacances, sous la forme d'un service de garde accessible aux frais réguliers.

Le département des urgences du CISSS de cette région représente un autre point d'accès pour les services buccodentaires et reçoit en moyenne une proportion de 5 % des consultations annuelles pour des raisons buccodentaires, dont les plus fréquentes sont la douleur et les abcès.

La direction de santé publique faisant partie du CISSS depuis l'adoption de la loi 10, assure la mise en application du Plan d'action régional (PAR) de santé publique sous la responsabilité d'un dentiste-conseil. L'équipe de quatre hygiénistes dentaires travaille dans les écoles et dispense des services buccodentaires aux enfants de première et sixième année du primaire. Les interventions réalisées par ces hygiénistes proviennent de l'ancien Plan d'action de santé dentaire

publique 2005-2012 : dépistage, classification des enfants à risque élevé de caries dentaires selon les critères provinciaux, référence au dentiste pour un besoin évident de traitement de la carie dentaire, conseils sur l'hygiène buccodentaire et l'alimentation cariogène, application de vernis fluoré et d'agents de scellement dentaire.

Les hygiénistes dentaires travaillant en santé publique ne sont pas intégrées dans les équipes de soins primaires; leurs interventions sont regroupées dans un plan d'intervention disciplinaire et ne ciblent pas tous les enfants admissibles, mais seulement ceux visés par le Plan national de santé publique (PNSP). De plus, le ratio personnel dentaire/nombre de patients ne permet pas l'application de toutes les mesures contenues dans le PNSP. Il existe, cependant, des mécanismes de coordination informels entre cette équipe et les autres équipes interdisciplinaires de soins primaires.

Le seul aspect de globalité clinique pour les services buccodentaires ressort des libellés des actions du PAR faisant mention aux interventions globales, telles que le programme 0-5-30² en combinant prévention et collaboration dans le cadre des politiques publiques favorables à l'adoption de modes de vie et à la création d'environnements sains et sécuritaires.

3.3.4.3. Les services buccodentaires primaires dans le cas 2

En 2014, au début du projet de recherche, le CSSS rural impliqué dans notre recherche était une organisation autonome assurant des services en milieu exclusivement rural. Selon l'Institut de la statistique du Québec, la région avait connu une baisse importante de population par rapport à 2001³⁰. À partir d'avril 2015, il est intégré à un CISSS qui déploie des services sur un territoire étendu, incluant des zones urbaines et rurales. Cette organisation emploie un dentiste-conseil et 15 hygiénistes dentaires. Un total de 178 dentistes de cette région offrent des services dans des cabinets privés. Sur le territoire desservi uniquement par le centre rural (ancien territoire du

² Programme de promotion des bonnes habitudes de vie : 0 consommation de produits de tabac et exposition à la fumée secondaire, 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour.

CSSS), nous avons dénombré deux bureaux dentaires privés (trois dentistes) et cinq cliniques médicales.

Le département d'urgence du centre rural reçoit plus de demandes de consultations pour des raisons buccodentaires que le centre urbain, représentant environ 20 % des demandes de consultations annuelles, en partie à cause du manque de disponibilité, en termes d'heures d'ouverture des bureaux privés de soins dentaires.

Les services des équipes de santé dentaire publique fonctionnent selon les mêmes modalités que ceux dispensés dans le centre urbain. À la différence du centre urbain, le PAR de ce CISSS inclut des orientations précises pour la prestation de services dentaires préventifs pour les enfants, basées sur la documentation scientifique. Ces services sont dispensés par des hygiénistes dentaires intégrées dans des équipes multidisciplinaires dans le cadre des programmes Enfance-famille et Jeunesse. Les équipes incluent des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des nutritionnistes et des orthophonistes. Des mécanismes de coordination formels ont été développés au fil du temps afin d'assurer la continuité des services buccodentaires pour les enfants de la naissance à 10 ans. Les hygiénistes dentaires effectuent, tout comme dans le premier CISSS, des interventions découlant du PNSP, mais aussi des visites postnatales à domicile à certains âges ciblés du bébé et pour des clientèles vulnérables du programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ainsi qu'un dépistage systématique des affections buccodentaires chez tous les enfants de trois ans et demi, lors de cliniques de dépistage. Les hygiénistes dentaires sont en contact avec des dentistes de la région qui acceptent des patients couverts par l'assurance gouvernementale. Au besoin, elles réfèrent au dentiste ou à tout autre professionnel, organisent les rendez-vous avec la collaboration des travailleurs sociaux pour les personnes en difficultés et assurent les suivis dans un plan qui s'apparente au plan d'intervention interdisciplinaire ou au plan de services individualisés (PSI).

Le PAR prévoit une implication de la santé publique pour documenter des enjeux territoriaux de santé buccodentaire chez les personnes très vulnérables (ex.: personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, familles et aînés vivant en contexte de vulnérabilité,

personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle), trouver des solutions pertinentes en collaboration avec les partenaires des milieux concernés et leur offrir un accompagnement pour la mise en œuvre des mesures sélectionnées. Le programme de prévention 0-5-30 a été bonifié et transformé en programme de prévention 0-5-30-santé buccodentaire.

Dans les deux cas, la référence constitue le mécanisme de liaison entre l'urgence et les services spécialisés de chirurgie maxillo-faciale, et entre les services de longue durée et les services dentaires pour les résidents des CHSLD. Nous n'avons pas trouvé des mécanismes formels qui assureraient la continuité entre les épisodes de soins généraux et ceux de soins dentaires.

3.3.5. Participants et stratégies d'échantillonnage

Les participants à l'étude sont des intervenants travaillant dans le secteur de soins primaires (services ambulatoires, centre d'hébergement, service à domicile), notamment des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, professionnels dentaires, ainsi que les gestionnaires.

Leur participation s'est effectuée sur une base volontaire, les critères d'inclusion étaient :

1. travailleur dans le secteur des soins primaires dans l'établissement participant
2. expérience d'au moins 1 an équivalent temps complet

Dans les deux CISSS, les directions impliquées dans le secteur des soins primaires ont été ciblées et les cadres supérieurs responsables ont été rencontrés pour établir les conditions dans lesquelles la collecte de données pourrait avoir lieu.

L'échantillonnage s'est établi après une analyse du contexte local et s'est basé sur le principe du choix raisonné avec une variation maximale. Ce principe permet de documenter des points de vue de toutes les catégories de professionnels de soins primaires, favorisant ainsi la reconnaissance des éléments communs. Nous avons utilisé la technique boule de neige pour la sélection et le recrutement d'autres participants^{31,32} et nous avons adopté le principe de saturation pour « quantifier » l'échantillonnage^{31,32}.

Le recrutement a débuté par la présentation du projet lors des rencontres opérationnelles des gestionnaires des directions concernées et les rencontres des CMDP. Les cadres intermédiaires ont accepté de transmettre l'information sur le projet dans les équipes, de leur fournir les coordonnées du chercheur et ont réalisé le suivi avec celui-ci. En plus des entrevues individuelles, dans le CISSS urbain, cinq discussions de groupes, insérées dans l'horaire régulier de rencontres interdisciplinaires, ont été organisées dans les secteurs de soutien à domicile et de santé publique.

Dans le cas des bureaux privés, le recrutement s'est effectué par téléphone, selon les coordonnées existantes sur les sites *web* de l'ordre des dentistes/denturologistes et dans le bottin Pages Jaunes.

Au total, 91 personnes ont participé à l'étude.

3.3.6. Collecte de données

Selon Patton³³, le choix des méthodes de collecte des données est la résultante de ce qui est disponible pour le chercheur et le degré de crédibilité offert en tant que fondement pour les conclusions de la recherche. Ainsi, les données à l'étude proviennent de plusieurs sources - entrevues individuelles et discussions de groupe, documentation interne et externe - afin de permettre au chercheur de comprendre l'expérience subjective des participants.

3.3.6.1. Entrevues individuelles

En tant qu'outil de collecte de données, le but des entrevues semi-directives individuelles est de nous permettre de rentrer dans la perspective de la personne interviewée³³. Cela suppose que la perspective de l'autre a un sens, peut être comprise à travers les mots et possède un caractère explicite³³. Toutes les entrevues ont été réalisées par la doctorante sur les lieux de travail des participants, selon les choix du moment et de la langue d'échange (français ou anglais) du répondant.

Puisque la qualité de l'information obtenue par les entrevues est dépendante en grande partie de la personne qui les réalise, la doctorante a fait appel à plusieurs stratégies afin de minimiser les erreurs techniques : la réalisation d'une série d'entrevues préliminaires exploratoires, afin de vérifier la faisabilité de la recherche et de mieux phraser les questions pour favoriser leur clarté; l'utilisation d'un guide d'entrevue élaboré à l'aide du cadre conceptuel (annexe 2 et 3) et de la conversation guidée³³ (pour permettre à l'interlocuteur d'exprimer des sujets non anticipés dans le guide).

Un total de 74 entrevues, semi-structurées face à face, et six par téléphone ont été réalisés entre décembre 2014 et mars 2015 et entre novembre 2016 et octobre 2017, avec une durée moyenne de 60 minutes.

3.3.6.2. Groupes de discussions

Cinq groupes de discussions réunissant 37 personnes se sont déroulés sur les lieux de travail des participants et ont permis de ressortir l'interaction dynamique de différentes perspectives visant l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires, à travers des éléments de consensus ou de discussion. Ce fonctionnement tend à exclure les fausses interprétations parce que les participants s'influencent mutuellement, et permet une appréciation rapide des consensus ou des divergences d'opinions³⁴.

Les groupes de discussion ont été décrits comme particulièrement utiles à un stade précoce de la recherche en tant que moyen de cerner les problèmes que les participants jugent pertinents, qui peuvent ensuite être utilisés pour éclairer la conception d'études plus vastes³⁵. Cette méthode s'avère ainsi appropriée pour une étude de nature exploratoire.

Les groupes des discussions d'une durée de 60 minutes, ont été réalisés vers la fin de la collecte de données. La grille thématique de discussion est présentée à l'annexe 4.

Toutes les entrevues et les discussions de groupe ont été enregistrées avec un magnétophone et retranscrites avec l'autorisation des participants. La collecte de données s'est poursuivie jusqu'à ce que le niveau de saturation soit atteint, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne soit obtenue.

3.3.6.3. Documents officiels

Différents types de données ont été extraites de la documentation institutionnelle, des sites *web* des organisations participantes et des organisations professionnelles. Le cadre conceptuel multiniveau a orienté la recherche documentaire et a permis de classer des documents à portée clinique, professionnelle, organisationnelle et systémique. Par exemple, les données issues de la documentation organisationnelle comprennent les politiques et procédures internes aux organisations publiques de santé; les documents portant sur l'organisation de services, tels que les procédures de coordination entre les différents intervenants et installations, ainsi que les outils d'évaluation des soins buccodentaires. Ces documents ont permis l'accès à des informations auxquelles les acteurs institutionnels font appel dans la prise de décision³⁴. Selon Miller et Glassner, les textes de ces documents illustrent des activités à travers lesquelles les participants reconstruisent, soutiennent, débattent et modifient leur réalité sociale³⁶.

Puisque l'accès aux politiques internes des bureaux privés n'a pas été accordé, les rapports annuels de l'Ordre des dentistes (ODQ) à partir de 1985 jusqu'en 2017 (33 documents) et la presse professionnelle (Journal dentaire du Québec entre 2008 et 2018, 61 documents) ont été consultés à l'ODQ.

3.3.6.4. Gestion des données

Le logiciel de traitement de données qualitatives *Atlas.ti*³⁷, version 7 et les applications de *Microsoft Office*, soit *Word* et *Excel* constituent les instruments de gestion de données.

Des audits ont été réalisés lors des séances de rencontre entre la doctorante et les directeurs de thèse, ainsi que lors des rencontres du comité de thèse. Les audits sont des démarches de vérification qui tracent l'évolution du processus interprétatif. Ils représentent des séquences d'exploration, de questionnements, de recherche et d'interprétation primaire des données partielles. Un journal de bord contenant des aspects méthodologiques de discussion et les notes prises sur le terrain a aussi contribué au maintien de la traçabilité de la démarche interprétative.

3.3.7. Analyse des données

Dans le contexte du devis de l'étude, dans chacun des cas, l'unité d'analyse est le secteur de soins primaires. Nous avons considéré une approche orientée-cas¹¹, puisque cette recherche est de nature exploratoire. Le cadre de référence choisi a guidé l'analyse et a permis de conceptualiser les dimensions de l'intégration.

La démarche d'analyse de chacun des cas, réalisée en quasi-simultanéité avec la collecte des données, s'est déroulée selon les étapes suivantes : la décontextualisation, la récontextualisation, la catégorisation et la compilation des données³⁸. Chacune de ces étapes a été discutée avec la directrice principale de recherche et les éléments divergents de récontextualisation ont été discutés en comité de direction pour arriver à un consensus.

Selon Lee³⁹, la qualité des résultats d'une recherche qualitative repose sur le lien développé entre trois niveaux de compréhension : i) l'interprétation et le sens que les participants donnent à leurs expériences, ii) l'interprétation propre au chercheur du discours et de l'interprétation des participants et iii) la confrontation de ces aspects aux composantes théoriques. Nous avons utilisé différentes tactiques pour assurer l'arrimage de ces trois aspects dans l'élaboration des résultats. Ces tactiques sont présentées dans la section suivante.

3.3.8. Considérations sur les critères de qualité de la recherche

L'obligation de rigueur et d'objectivité nécessaires au développement de cette recherche nous a amené à mettre en place différents mécanismes pour répondre aux exigences des études qualitatives. En plus de ces mécanismes, l'approche *interpretive description* amène des critères propres d'évaluation des résultats de recherche : intégrité épistémologique, crédibilité représentative, logique analytique et autorité interprétative². Elle s'accompagne aussi d'une série de principes issus de sa finalité, soit la production des connaissances avec un potentiel de changement des pratiques cliniques, la légitimité morale, la pertinence disciplinaire, l'obligation pragmatique et la sensibilité au contexte².

3.3.8.1. La crédibilité/la validité interne

Le critère de crédibilité se traduit essentiellement par la description claire du lien des résultats de l'étude avec tous les aspects du sujet étudié, rencontrés sur le terrain⁴⁰. Pour respecter les exigences de ce critère, nous avons utilisé principalement différentes formes de triangulation (des méthodes, des sources de données et des chercheurs) et la validation des résultats.

La triangulation consiste à corroborer les résultats en faisant appel à plusieurs tactiques. Nous avons réalisé des entrevues avec tous les types de professionnels travaillant dans le secteur de soins primaires; nous avons utilisé différentes méthodes de collecte de données (entrevues, groupes de discussion, documentations) et nous avons impliqué plusieurs chercheurs à différentes étapes de l'analyse. Cette triangulation contribue aussi à la fiabilité des résultats.

Nous avons aussi sollicité des informateurs travaillant dans le secteur de soins primaires pour une validation des résultats préliminaires. Cinq intervenants de soins primaires ont accepté de participer à cette étape de restitution et de donner une *rétroaction*, dont un participant et quatre non participants à notre recherche. Les résultats leur ont été présentés sous forme de tableaux, pour faciliter la compréhension et la communication. Les rencontres se sont déroulées sur les lieux de travail des informateurs, dans une ambiance informelle. Aucun rejet de l'information présentée n'a été noté. Cette approche a contribué aussi à la confirmabilité des résultats³⁸.

L'intégrité épistémologique, soit la cohérence des étapes de recherche : question – approche – choix des sources de données – stratégies d'interprétation de données, ainsi que la présentation explicite du raisonnement analytique ajoutent à la crédibilité de l'étude³⁹.

La triangulation, le choix d'échantillonnage à variation maximale et l'engagement prolongé du chercheur avec un des milieux de recherche contribuent à la représentativité dans la crédibilité des résultats².

3.3.8.2. La validité de construit

Atteindre cette exigence dans une étude qualitative présuppose la réalisation de deux étapes : la sélection d'un aspect spécifique à étudier et la démonstration que les mesures choisies sont appropriées⁴⁰.

Le choix du sujet de recherche s'intègre dans le cadre plus large de recherche sur les soins primaires. Le fait d'avoir opté pour les soins buccodentaires sous cette thématique a contraint la doctorante à une réflexion préalable sur le domaine d'application des résultats, le contexte d'utilisation et le public cible. En outre, son expérience personnelle lui a permis de mettre en évidence un besoin réel des intervenants de soins primaires. Elle témoigne d'un manque de connaissances spécifiques, associé à des besoins de santé buccodentaire flagrants chez les groupes vulnérables de la population. Les résultats issus de cette recherche visent à accroître les connaissances sur la prestation des soins buccodentaires primaires pour favoriser la mise sur pied de programmes d'intervention appropriée.

Le choix d'interviewer les intervenants et les gestionnaires de soins primaires a été approprié, étant donné que la qualité des soins primaires repose sur leur implication.

3.3.8.3. La transférabilité

La transférabilité renvoie « à la possibilité de recourir à des schémas interprétatifs dégagés dans une situation de recherche donnée pour élucider un nouveau contexte de recherche, sans pour autant perdre de vue les conditions particulières de leur « découverte » initiale »³⁴. Selon nous, le potentiel de transférabilité/ généralisation de nos résultats est alors assuré par la description la plus exhaustive possible du contexte et des résultats de l'étude et il est augmenté par le type de sujet à l'étude qui porte sur un domaine de santé normé (les soins primaires). Bien que notre recherche soit une recherche synthétique de cas qui s'intéresse à seulement deux entités particulières, elle collige beaucoup d'informations sur chacune d'elles, ainsi que sur leur contexte. De cette manière, les résultats de l'étude permettent une vue d'ensemble des conditions entourant l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires.

3.3.8.4. La fiabilité

La fiabilité de toute étude de cas reste un enjeu parce que les conditions de recherche et les représentations des participants ne sont pas de nature statique. Ce critère est exprimé par les relations d'interdépendance des données obtenues dans l'étude⁴⁰. La technique de réplication⁴¹ des étapes effectuées a été utilisée, puisque plusieurs chercheurs ont été impliqués dans le projet. La triangulation contribue aussi à répondre à ce critère³⁶.

À titre d'exemple, l'identification de construits des barrières et facilitateurs de l'intégration des soins buccodentaires aux soins primaires est personnalisée pour chacun des participants et surtout, pour chacune des professions. Comme les professions évoluent, certains de ces construits peuvent changer chez un même participant avec le temps. Pourtant, les résultats révèlent une grande stabilité des dimensions et des actions à prendre lors du processus d'intégration, ce qui reflète une réponse spécifique aux besoins de santé buccodentaires manifestés dans le secteur de soins primaires.

3.3.8.5. La confirmabilité

Considérée comme critère d'objectivité des données, cet aspect a été pris en compte par le classement et l'identification du matériel de recherche, l'enregistrement et les transcriptions intégrales des entrevues, le partage du matériel de recherche avec le comité de thèse, l'utilisation d'un journal des activités réalisées et par la validation des résultats par les informateurs^{40,42}.

3.3.9. Encadrement éthique de la recherche

Une fois le protocole du projet finalisé, une description détaillée de l'étude a été envoyée pour approbation aux comités éthiques de recherche des Université de Montréal⁴³ et des deux établissements de santé concernés (annexe 5).

Par la suite, la doctorante a organisé plusieurs séances de présentation du projet de recherche auprès des dirigeants responsables des milieux de recherche impliqués dans cette étude, afin

d'obtenir leur approbation et leur consentement officiel (annexe 6). Parallèlement, la doctorante a entamé un processus de réflexion critique avec les directeurs de recherche autour des conséquences découlant de la mise en œuvre du projet, afin d'assurer que la méthodologie utilisée n'exclue pas déraisonnablement aucun groupe d'acteurs de soins primaires.

Toute information qui aurait pu indirectement créer un enjeu de confidentialité (dénomination des départements, individus autres que les participants) a été radiée sur le support papier et identifiée par des codes dans les documents électroniques. Les documents papier sont déposés dans un endroit privé sécuritaire. Les documents électroniques qui contiennent des informations confidentielles sont sécurisés avec des mots de passe et sauvegardés sur un disque dur.

Puisque toute recherche qui porte sur des phénomènes organisationnels est susceptible de soulever des problèmes éthiques, il est important d'anticiper des voies de compromis entre les exigences méthodologiques et les considérations déontologiques⁴⁴. Ces compromis nécessitent une réflexion sur la signification éthique des actions reliées au processus de recherche.

Les écrits mentionnent que la signification éthique d'actions spécifiques est particulièrement dépendante du point de vue adopté par le chercheur. Quatre points de vue sont considérés importants: utilitaire, déontologique, relationnel et écologique^{45,46}. L'approche adoptée dans cette thèse, *interpretive description*, orientée vers la production de connaissances pour la pratique clinique, reflète l'orientation de la doctorante vers un point de vue utilitariste. En plus de sa visée exploratoire, cette étude a également eu comme objectif de maximiser son utilité au bénéfice de la recherche dans le domaine dentaire et, plus largement, pour la communauté scientifique.

3. 4. Sources documentaires

1. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer. Presses de l'Université de Montréal; 1990. p.25.
2. Thorne S. Interpretive description. Left Coast Press Inc. 2007.

3. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 Mar 22;13:e010.
4. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:65.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260, 1743-8.
6. Valentijn PP. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(2):3.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth*. 2003; 8(1):19-32.
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010 Sep 20;5:69.
9. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2e édition. Sage publication. Bibliothèque nationale Paris; 2003.
10. Berg BL, Lune H. Qualitative research methods for the social sciences. 8th ed. NY : Pearson; 2012; Ch.10.
11. Yin RK. Case study research design and methods. 5th Ed. CA: Thousand Oaks; Sage; 2014.
12. Girod-Séville M, Perret V. Fondements épistémologiques de la recherche. Dans : R.A.Thiéart. et al. Méthodes de recherche en management. Malakoff (France) : Edition Dunond; 1999. p.13-33.
13. Mottier V. The interpretive turn: history, memory and storage in qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* [En ligne]. 2005; 6(02), art 33. [cité le 29 août 2019]. Disponible: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/456/972>.
14. Hickling Arthurs Low. The State of Research Integrity and Misconduct Policies in Canada [En ligne]. Prepared for: Canadian Research Integrity Committee; 2009 [cité le 14 juillet 2019] Disponible : http://www.hal.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=65:halpublishes-research-integrity-report&catid=39:news&Itemid=43.
15. Sandelovski M. Whatever happened with qualitative description? *Res Nursing Health*. 2000; 23: 334-40.

16. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. 2nd edition. Newbury Park, CA : Sage; 1998.
17. Crotty M. The foundations of social research. London : Sage; 1998
18. Brenner P. Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health and illness. Thousand Oaks, Ca: Sage; 1994.
19. Stewart K, Gill P, Chadwick B, Treasure E. Qualitative research in dentistry. *BDJ*. 2008; 204 (5): 235-9.
20. Newton T. Qualitative research and evidence-based dentistry: linking evidence to practice. *Evidence-Based Dent*. 2001;2:104–6.
21. Masood M, Masood Y, Newton T. Methods of Qualitative Research in Dentistry: A Review. *Dent Update*. 2017; 37 (5).
22. Mcpherson GI. Childrens’ participation in chronic illness decision-making: an interpretive description. [PHD thèse en ligne]. University of British Columbia; 2007 [cité le 12 juillet 2019] Disponible : <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0066310>.
23. Sharifian N, Bedos C, Wootton J, El-Murr IJ, Charbonneau A, Emami E. Dental students’ perspectives on rural dental practice: a qualitative study. *J Can Dent Assoc*. 2015;81:f23.
24. MSSS. Établissements de santé et de services sociaux. [En ligne]. Québec : Ministère de Santé et des Services sociaux; 2018 [cité le 15 juillet 2019]. Disponible : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>.
25. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):23.
26. Health Council of Canada. Primary health care. A background paper to accompany health care renewal in Canada: Accelerating change [En ligne]. Ottawa: Health Council of Canada; 2005 [cité le 29 août 2019]. Disponible: https://healthcouncilcanada.ca/files/2.48-Accelerating_Change_HCC_2005.pdf
27. Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2015 [cité le 24 août 2019]. Disponible : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>.
28. MSSS. Accès aux services de première ligne [En ligne]. Québec : Ministère de Santé et des Services sociaux ; 2018 [cité le 24 août 2019]. Disponible : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>.

29. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. NY: Oxford University Press; 1992.
30. Institut de la statistique du Québec. Statistiques et publications. Coup d'œil sur les régions et les MRC. [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2019 [cité le 15 juillet 2019]. Disponible : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm.
31. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18(2):179-83.
32. Sadler GR, Lee HC, Lim RS, Fullerton J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nurs Health Sci*. 2010;12(3):369-74.
33. Patton M. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3 ed: Sage Publications, Thousand Oaks; 2002.
34. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. CA: Thousand Oaks. Sage; 2000.
35. Vaughn S, Shay Schumm S, Sinagub J. *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. Newbury Park: Sage, CA. 1996.
36. Miller J, Glassner B. The 'Inside' and the 'Outside': Finding Realities in Interviews. London: Sage. 1997; 99-112.
37. Frieze S. *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: SAGE Publications; 2012.
38. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nurs Plus Open*. 2016;2:8–14.
39. Lee AA. Integrating positivist and interpretivist approaches to organizational research. *Org Sci*. 1991; 2(4): 342-65.
40. Guba, E.G. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*. 1981. 29: 75.
41. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J Family Med Prim Care*. 2015 Jul-Sep;4(3):324-7.
42. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *J Adv Nurs*. 2006 Feb;53(3):304-10.
43. Doucet H. *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2002.

44. Jaccoud M, Mayer R. L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans : J. Poupart, J.- P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires (Éds), La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville : Gaëtan Morin. 1997; p.211-249.
45. Deyhle DM, Hess GA, Le Compte MD. Approaching ethical issues for qualitative researchers in education. Dans: The handbook of qualitative research in education. Ed. Le Compte MD, Millroy W, Presissle J. San Diego, CA: Academic Press. 1992; 597-643.
46. Flinders DJ. In search of ethical guidance: constructing a basis for dialogue. Int J Qual Stud Ed. 1992;5(2).

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

4. RÉSULTATS

Ce chapitre comprend les articles de la thèse. Chaque étape nécessaire à la rédaction des articles a été discutée avec le comité de direction de la doctorante. Chacun des membres du comité a lu et commenté les versions préliminaires des articles et approuvé les manuscrits finaux.

Titre /Revue/Statut	Auteurs	Contributions
1. The integration of oral health into primary care: A scoping review protocol/ BMJ Open/ Publié	Emami E, Harnagea H , Girard F, Charbonneau A, Voyer R, Bedos C, Chartier M, Wooton J, Couturier Y	Revue préliminaire des écrits scientifiques Contribution à la conception du protocole et rédaction Conception de la stratégie de recherche
2. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review/ BMJ Open/ Publié	Harnagea H , Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos C, Emami E	Réalisation de la revue Rédaction des manuscrits Réalisation du suivi demandé par les éditeurs
3. From theoretical concepts to policies and applied programmes: The landscape of integration of oral health in primary care/BMC Oral Health/ Publié	Harnagea H , Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E	
4. How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: a qualitative study/Plos One/ Publié	Harnagea H , Lamothe L, Couturier Y, Emami E	Collecte et analyse de données Rédaction du manuscrit Réalisation du suivi demandé par l'éditeur
5. L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires au Québec/Santé publique/ Publié	Harnagea H , Couturier Y, Lamothe L, Emami E	Réalisation de l'analyse documentaire Rédaction du manuscrit Réalisation du suivi demandé par l'éditeur

Tableau 1 – Articles inclus dans la section de résultats

4.1. Article 1

Emami E, **Harnagea H**, Girard F, Charbonneau A, Voyer R, Bedos CP, Chartier M, Wootton J, Couturier Y. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol. **BMJ Open**. 2016 Oct 18;6(10):e013807.

The integration of oral health into primary care: A scoping review protocol

Auteurs : Elham Emami¹, **Hermine Harnagea**², Felix Girard³, Anne Charbonneau³, René Voyer³, Christophe Pierre Bedos¹, Martin Chartier⁴, John Wootton⁵, Yves Couturier⁶

¹ Faculté de médecine dentaire, Université McGill

² École de santé publique, Université de Montréal

³ Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

⁴ Agence de santé publique du Canada

⁵ Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais

⁶ École de travail social, Université de Sherbrooke

Reproduit avec permission des auteurs et du journal **BMJ Open**

4.1.1. Abstract

Introduction

Integrated care has been introduced as a means of improving health outcomes and access to care, and reducing the cost of health care. Despite its importance, the integration of oral health into primary care is still an emerging health care pathway. This scoping review protocol has been developed and funded by the Canadian Institutes of Health Research to provide an evidence-based synthesis on a primary oral health care approach and its effectiveness in improving oral health outcomes.

Methods and analysis

The six-stage framework developed by Levac et al. underpins this scoping review. We will identify relevant existing theories, programmes and original research through a comprehensive and systematic search of electronic databases such as OVID (MEDLINE, EMBASE, Cochrane databases), NCBI (PubMed), EBSCOhost (CINAHL), ProQuest, Databases in Public Health, Databases of the National Institutes of Health (health management and health technology) and relevant organizational websites and other sources of gray literature. All types of studies from 1978 to May 2016 in French and English language will be included. Using the Rainbow conceptual model of integrative primary care, a qualitative descriptive approach and thematic analysis will be used to synthesize the literature. Implementing novel health care models necessitates identifying barriers, sharing knowledge and delivering information. The integration of oral health care into primary care is an approach that promotes breaking the boundaries separating oral health care professionals and primary care. It creates opportunities for the dental workforce to become more involved in community-based practice and to assume shared responsibility with health care professionals to address the unmet oral health needs of those experiencing vulnerability and marginalization.

Ethics and dissemination

The scoping study has received approval from Université de Montréal Institutional Review Board (#14-097-CERES-D). The findings will be disseminated through publications and

presentations in provincial, national and international research symposiums and professional meetings.

Strengths and limitations of this study

- This scoping review will benefit various stakeholders by expanding the practical and theoretical knowledge on the integration of oral health into primary care.
- The review will identify knowledge gaps and need for further research.
- The scoping review has consolidated methodology by using a theoretical framework of integrated care combined with an inductive thematic analysis.
- The engagement of key stakeholders at all stages will help to address any potential gap in conducting this review.
- The review will not include any quality assessment and grading of evidence since this is not part of the methodology used.

Keywords: Health Research Services, Oral Medicine, Oral Health, Integration, Primary Care, Public Health, Scoping Review

4.1.2. Introduction

Canada, similar to other parts of the developed world, has gone through major health care reforms with the intent to significantly improve service organization¹⁻⁴. This evolution stemmed from an “epidemiological transition,” as the challenges faced by the health care system were redefined, whereby economic compression, cultural diversity of communities, increasing burden of the aging population, and associated chronic conditions gradually gained more importance⁵. This epidemiological revolution forces the merging of traditional health care approaches to a multidimensional approach, by means of innovative integration techniques. Integrated care models emphasize the importance of providing services that meet the needs of people with multiple health and social problems⁶⁻⁹.

Integrated care is defined as “bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion”¹⁰. The integration of services fits into a public health perspective and follows the World Health Organization (WHO) adopted “six building blocks” (leadership, financing, workforce, technologies, research and service delivery) for strengthening the health system¹¹. This perspective calls organizations to create new ways of disease prevention and health promotion by establishing a network of key health actors whose interventions will be more effective if they are integrated¹². In this system, all the health service providers intervene in a crucial network to increase their capacity to have a positive effect on the determinants of health¹³.

The integrated primary care concept encourages bringing together health professionals from different disciplines and sectors to improve service efficiency and quality of health services and thus to reduce differences in access and utilization of services between geographical and socio-economic groups¹⁴. It puts an accent on access, quality, and efficiency of care, and serves as a well-coordinated and proactive health and social services system, which is sensitive to the needs, experiences, and culture of health care consumers^{15,16}. Integrated systems of care have been demonstrated to be beneficial from a clinical, policy, and economic perspective¹⁷.

Rooted in the Alma-Ata Declaration (1978), the integration of oral health into primary care or Primary Oral Health Care approach (POHC) has been recognized as a promising solution for the challenges of dental service provision, especially for disadvantaged population¹⁸⁻²⁰. In fact, for many members of disadvantaged communities, primary health care and public health services are the first contact with the health care system²¹⁻²⁵.

However, in Canada and several other industrial and developing countries, the dental workforces are not present in the community primary health care systems²⁶. Historically, the private sector has been responsible for providing oral health care services^{27,28}. This mode of service does not ensure equity in oral health care and services, mainly because of two factors: the high costs of dental care and the shortage of dentists offering services to vulnerable and disadvantage communities such as rural, remote and aboriginal populations^{29,30}. In fact, a myriad of problems can exist when looking at access to necessary dental care. These include lack of public dental care, the lack of appropriate facilities for dental care of patients with medical and

social needs, and lack of screening for and monitoring of oral chronic diseases³¹⁻³³. During the last decade, a number of oral health integrated primary health care models have emerged worldwide to address these challenges and WHO policies give priority to this approach³⁴⁻³⁷.

The concept of integrating oral health into primary care is still unclear and hampered by a lack of systematic understanding. Therefore, the objective of this article is to present a protocol for a scoping study which aims to map out the literature on the primary oral health care approach and to produce an evidence-based synthesis of the theoretical and applied concepts of oral health integrated primary care and its effectiveness. Furthermore, the scoping review will serve to guide the future research on this topic. This evidence will be transferred to appropriate knowledge users to enhance policy decisions and practice change through encouraging collaboration. This will definitively lead to patients' empowerment.

4.1.3. Methods and analysis

The study will be conducted using Levac et al.³⁸ six-stage methodological framework : 1) identifying the research question, 2) searching for relevant studies, 3) selecting studies, 4) charting the data and collating, 5) summarizing and reporting the results, and 6) stakeholders' consultations to inform the review.

Identifying the research question

Based on the Canadian Institute of Health Research Integrated knowledge translation model³⁹, we have engaged expert researchers, policies makers and knowledge users in the entire process of this project to foster mutual understanding across the key stakeholders. At this stage, a set of questions were formed to be answered by the scoping study:

1. What do we already know about the primary oral health care model: common and specific characteristics in Canada and worldwide?
2. Are there any public health policies in regard to the integration of oral health care in primary care in Canada and worldwide?
3. To what extent the primary oral health care models can improve the oral health and the health of the vulnerable population?

4. What are the barriers and the facilitators of an integrated oral health primary care in different settings?
5. What types of research have been conducted on the subject and what were their goals?
6. What are the gaps in knowledge?

Search strategy

The detailed search strategy will be designed with the help of an expert librarian at Université de Montreal, using specific mesh terms and keywords to assure the accuracy and sensitivity of the search to capture the relevant literature. The search will be conducted using various electronic platforms such as: OVID (MEDLINE, EMBASE, Cochrane databases), NCBI (PubMed), EBSCOhost (CINAHL), ProQuest, Databases in Public Health, Databases of the National Institutes of Health (health management and health technology), Health Services and Sciences Research Resources, Health Services Research & Health Care Technology, Health Services Research Information Central, Health Services Research Information Portal, Health Services Technology Assessment Texts, and Healthy People 2020 Structured Evidence Queries. Data will also be extracted from official reports and websites of various relevant organizations including professional associations, different Canadian institutions involved in primary health care research, as well as organizations such as the World health Organization and the International Dental Federation. A manual search of the bibliography of selected articles will be used to complement research and to identify grey literature. The search strategy will be revised and adapted for each of the electronic databases.

Study selection and data extraction

Publications in English or French from 1978 (Alma-Ata Declaration) to April 2016 will be reviewed. We will include all research studies irrespective of study design in which the integration of oral health into primary care is the primary focus of the publication. We will exclude publications including commentaries, editorials and individual points of view. Two researchers (EE, HH) will independently screen the titles and abstracts of each citation and will identify eligible articles for full review. Disagreement between reviewers will be discussed and resolved by consensus. All potential relevant studies will be retained for full-text assessment.

Data extraction will be conducted independently by the same reviewers using a data extraction form. The data extraction form will be designed according to study conceptual framework.

Conceptual framework

The rainbow model has been introduced in 2013 by Valentijn et al.⁴⁰ to provide guidance to explain the mechanisms of the integration and to facilitate the measurement of integration outcomes. This conceptual framework is based on the integrative functions of primary care and include three level-specific dimensions: clinical integration (micro level), organisational integration (meso level), and system integration (macro level). Furthermore, in this multi-level model, functional and normative integration assure the link between the other three dimensions.

According to the American Medical Association clinical integration is “the means to facilitate the coordination of patient care across conditions, providers, settings, and time in order to achieve care that is safe, timely, effective, efficient, equitable, and patient-focused”⁴¹. This dimension of integrated care ensures individualised and coordinated care and requires a multidisciplinary team governing structure. The organisational integration represents the inter-organisational relationships across the entire care continuum (horizontal and vertical integration) and assure the population-based care⁴⁰. At the macro level, system integration combines structures, processes and techniques to respond to the needs of individuals and populations⁴⁰.

Data charting and collating

Charting tables using excel tools will be used to extract the data. To assure the consistency of the data extraction and coding this stage will be conducted by the two reviewers.

Summarizing and reporting the results

A qualitative descriptive approach will be used to synthesize the literature. A thematic analysis will be conducted and linked to the five dimensions of the integrated care included in the study conceptual framework⁴². All emerging themes, which could not be classified according to the framework dimensions, will be analysed to expand the broad and the breath of the analysis.

Stakeholder consultations

This last stage will allow the engagement of the stakeholders in this scoping study. It will provide constructive feedback on the scoping study research questions, process and results. Furthermore, it represents an ideal strategy to ensure knowledge translation. The stakeholders include representatives of academic health care organizations (AC, RV), policy decision-makers (MC), and healthcare professionals (JW).

4.1.4. Ethics and dissemination

The scoping study has received approval from Université de Montréal Institutional Review Board (#14-097-CERES-D).

In this article, we present a protocol for a scoping review designed systematically to identify the breadth of literature in the area of primary oral health care. Integrated knowledge translation research bridges the worlds of research, policy and practice, strengthens the links between key stakeholders and knowledge users and thereby leads into tangible actions.

Recently, the American Academy of Family Physicians has supported the integration of oral health into primary care to reduce the burden of oral health diseases and to meet the needs of people with multiple health and social problems. This consensus was supported by an interdisciplinary team of health and oral health care providers, the representatives of professional associations and public health advocates as well as policymakers and care-consumers⁴³. However, the implementation of this approach may encounter various challenges^{44,45}. Furthermore its concepts, the related models and policies needs to be explored comprehensively.

Scoping reviews are used to understand complex phenomena of interest. Generally, a scoping review aims to: (a) map the literature in an area of interest, (b) determine the usefulness of conducting a systematic review, (c) summarize and disseminate research findings and (d) capitalize future research capacity by identification of research gaps^{38,46}. The findings will be disseminated through publications and presentations in provincial, national and international research symposiums and professional meetings.

Providing evidence on the effectiveness of primary oral health care models, and identification of its challenges, facilitators and barriers will enable the contextualization of the concept. Furthermore, the provided recommendations will rise awareness of policy makers and health care professionals from other disciplines in regard to the importance of the integration of oral health into primary care. Finally, this knowledge transfer will sensitize the oral health care professionals and dental workforce to become more involved in community-based practice and to assume their shared responsibility with health care professionals to address the unmet oral health needs of marginalized populations^{47,48}.

4.1.5 Conclusion

We expect the knowledge generated from this research study will help to promote better access to oral health care and improvement of oral health for disadvantaged populations.

4.1.6. References

1. Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, Sangster-Gormley E, Kilpatrick K, Dubois CA, Brault I, Perroux M. Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*. 2016 Jun;120(6):682-9.
2. Deber R. Health Care Reform: Lessons from Canada. *Am J Public Health*. 2003;93(1):20-4.
3. Tuohy C. *Accidental Logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press; 1999.
4. Hutchison B, Abelson J, Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):116-31.
5. Omran A. The Epidemiological Transition: A Theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Q*. 1971;83(4):731-57.
6. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet*. 2009;374(9683):76-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8.
7. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. 2000 Spring;1(2):13-35.
8. Bedos C, Loignon C, Brodeur J, Levin A, Tubert S. Pauvreté et accès aux services buccodentaires: entre droit et éthique. *Congrès mondial de droit médical*; Toulouse, France. 2006.

9. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges? A qualitative study in Montreal, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):472.
10. WHO. Integrated health services - what and why. Making health systems work [Internet]. WHO Working Group on Service Delivery: World Health Organisation; May 2008. Technical Brief No.1 Available from: https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf. Accessed: 30.07.2017.
11. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2007.
12. Kodner L, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications - a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2(4).
13. Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, Salles M. La coordination en gérontologie. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal; 2013.
14. Gröne O, Garcia-Barbero M; WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.
15. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care*. 2000 Nov 1;1:e08.
16. Contandriopoulos A, Denis J, Touati N, Rodriguez R. Intégration de soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*. 2001;8(2):38-52.
17. Hollander M, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services. *Healthc Q*. 2009;12(4):32-44.
18. Patel J, Hearn L, Gibson B, Slack-Smith L. International approaches to Indigenous dental care: what can we learn? *Aust Dent J*. 2014;59(4):439-45.
19. WHO. The World Health Report: Primary health care now more than ever [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Accessed 30.07.2017
20. World Health Organization UNICEF. Report of the Conference on primary health care. Alma-Ata, USSR: World Health Organization. 1978.
21. Aday L. At risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States. San Francisco, 2nd Edition; 2001.

22. Beland F, Hollander M. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit.* 2011(2):138-46.
23. Brennan D, Spencer AJ, Slade GD. Provision of public dental services in urban, rural and remote locations. *Community Dent Health.* 1996;13(3):157-62.
24. Butler G. Delivery of health care in Northern Canada. *Can J Ophthalmol.* 1973;8(2):188-95.
25. Fellona M, DeVore LR. Oral health services in primary care nursing centers: opportunities for dental hygiene and nursing collaboration. *Journal of dental hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association.* 1999;73(2):69-77.
26. Ministry of Health. Environmental scan: Oral health services in British Columbia for First Nations and Aboriginal children aged 0 – 7 years. Victoria, BC: Ministry of Health. 2012.
27. American Dental Association. Breaking down barriers to oral health for all Americans: the role of workforce. *J California Dent Assoc.* 2011 Jul;39(7):491-502.
28. Allison P, Allington C, Stern J. L'accès aux soins dentaires des personnes défavorisées au Québec - problématique et pistes de solutions: Faculté de médecine dentaire, McGill University. 2004.
29. Lawrence H, Binguis D, Douglas J, McKeown L, Switzer B, Figueiredo R et al. Oral health inequalities between young Aboriginal and non-Aboriginal children living in Ontario, Canada. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(6):495-508.
30. Lawrence H, Romanetz M, Rutherford L, Cappel L, Binguis D, Rogers J. Oral health of Aboriginal preschool children in Northern Ontario. *Probe.* 2004;38:172-90.
31. Health Canada. Inuit Oral Health Survey Report: 2008 – 2009. Ottawa, Ontario 2011.
32. Emami E, Khiyani M, Habra C, Chassé V, Rompré P. Mapping Quebec dental workforce: ranking rural oral health disparities. *Rural and Remote Health (Internet).* 2016;16.
33. Emami E, Wootton J, Galarneau C, Bedos C. Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Can J Rural Med.* 2014;19(1):63-70.
34. Cohen L. Expanding the physician's role in addressing the oral health of adults. *Am J Public Health.* 2013;103(3):408-12.
35. Cane R, Walker J. Rural public dental practice in Australia: perspectives of Tasmanian government-employed dentists. *Aust J Rural Health.* 2007;15:257-63.
36. Petersen P. Challenges to improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J.* 2004;56(6):329-4.

37. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep;83:661-9.
38. Levac D, Colquhoun H, O'Brien, KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(69):1-9.
39. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Gouvernement of Canada. 2015.
40. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013(Jan–Mar).
41. Clinical Integration – The Key to Real Reform [database on the Internet] 2010. Available from: <http://www.aha.org/research/reports/tw/10feb-clinicinteg.pdf>. Accessed: 2016-10-10.
42. Wodchis W, Williams A, Merry G. Integrating care for persons with chronic health and social needs. Creating strategic change in Canadian healthcare; Ontario, Canada. 2014.
43. Brownlee B. Oral health integration in the patient-centered medical home environment: case studies from community health centers: Qualis Health/DentaQuest Foundation. 2012.
44. Vandamme K, Opdebeeck H, Naert I. Pathways in multidisciplinary oral health care as a tool to improve clinical performance. *Int J Prosthodontics*. 2006;19(3):227-35.
45. Badenbroek I, Stol D, Nielen M, Hollander M, Kraaijenhagen R, de Wit G et al. Design of the INTEGRATE study: effectiveness and cost-effectiveness of a cardiometabolic risk assessment and treatment program integrated in primary care. *BMC family practice*. 2014;15(1):90.
46. Arksey H, O'Malley, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth*. 2005;8(1):19-32.
47. Vanasse A, Courteau J, Cohen A, Orzanco M, Drouin C. Rural-urban disparities in the management and health issues of chronic diseases in Quebec (Canada) in the early 2000s. *Rural Remote Health*. 2010;10(4):1548-53.
48. Emami E, Feine J. Focusing on oral health for the Canadian rural population. *Can J Rural Med*. 2008;13(1):36-8.

4.2. Article 2

Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, Emami E. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. **BMJ Open**. 2017 Sep 25;7(9):e016078.

Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review

Auteurs : Hermina Harnagea¹, Yves Couturier², Richa Shrivastava³, Felix Girard³, Lise Lamothe¹, Christophe Pierre Bedos⁴, Elham Emami⁴

¹ École de santé publique, Université de Montréal

² École de travail social, Université de Sherbrooke

³ Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

⁴ Faculté de médecine dentaire, Université McGill

Reproduit avec permission des auteurs et du journal **BMJ Open**

4.2.1. Abstract

Objective

This scoping study has been conducted to map the literature and provide a descriptive synthesis on the barriers and facilitators of the integration of oral health into primary care.

Methods

Grounded in the Rainbow conceptual model and using the Levac et al. six-stage framework, we performed a systematic search of electronic databases, organizational websites and grey literature from 1978 to April 2016. All publications with a focus on the integration of oral health into primary care were included except commentaries and editorials. Thematic analyses were performed to synthesize the results.

Results

From a total of 1,619 citations, 58 publications were included in the review. Barrier-related themes included: lack of political leadership and health care policies; implementation challenges; discipline-oriented education; lack of continuity of care and services; and patients' oral health care needs. The facilitators of integration were supportive policies and resources allocation, interdisciplinary education, collaborative practices between dental and other health care professionals, presence of local strategic leaders, and geographical proximity.

Discussion and Public Health Implications

This work has advanced the knowledge on the barriers and facilitators at each integration domain and level, which may be helpful if the health care organizations decide to integrate oral health and dental services into primary care. The scoping review findings could be useful for both dental and medical workforce and allied primary health care providers. They could also guide the development of health care policies that support collaborative practices and patient-centred care in the field of primary care.

Strengths and limitations

- This scoping review identified the barriers and facilitators of the integration of oral health through a comprehensive analysis of the literature using a theoretical framework.
- The implications of these findings will allow the development of targeted strategies that could increase the integration of oral health into primary care by eliminating common barriers and enhancing facilitators.
- The nature of the scoping review didn't allow the grading of the evidence since a quality evaluation of the included studies has not been conducted. This could be an objective for a further systematic review.

Keywords: Health Research Services, Oral Medicine, Oral Health, Integration, Primary Care, Public Health, Scoping Review

4.2.2. Background

Over the last decades, the concept of integration has been implemented as a multidisciplinary care pathway in many health organizations to increase the effectiveness of care for patients with special clinical needs and problems, such as elders and patients with cognitive or physical disabilities¹⁻⁶. The integrated care approach has mainly emerged in primary health care settings to provide and maintain universal access to a broad range of health care services.

However, this patient-centred care model faces challenges and resistance in adoption for some domains or disciplines such as oral health and dentistry⁷. In fact, the integration of oral health into primary care is still at the stage of initiative in many countries. Recently, the American Academy of Family Physicians has supported the integration of oral health into primary care as delineated by the Oral Health Delivery Framework⁸. This framework refers to multidisciplinary collaborative practices for risk assessment, oral health evaluation, preventive interventions as well as communication and education. It was developed by an interdisciplinary team of health and oral health care providers, representatives of professional associations and public health advocates as well as policymakers and care-consumers.

This concept is still relatively new and needs to be examined in its comprehensive perspective. As defined by Gröne and Garcia-Barbero integrated care is “bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion”⁹. Furthermore, the adoption of integrated care models in health care systems necessitates identifying barriers, sharing knowledge and delivering necessary information to policy makers.

As presented in the published protocol¹⁰, a comprehensive scoping review funded by the Canadian Institutes for Health Research has been conducted by Emami’s research team to answer several research questions on the concept of the primary oral health care approach. The scoping review findings have been divided and prepared for presentation into two publications.

This paper presents specifically the results on the barriers and facilitators. The findings in regard to policies, applied programs and outcomes will be presented in the subsequent publication.

4.2.3. Methods

The method outlined by Levac et al.¹¹, an extension of the Arksey and O'Malley scoping review method¹², has been used to conduct the review. Since the methods employed in this scoping review have been presented in detail previously¹⁰, they are described only briefly here. The Levac et al. methodological framework comprises 6 stages: 1) identifying the research question, 2) searching for relevant studies, 3) selecting studies, 4) charting and collating the data, 5) summarizing and reporting the results, and 6) consultation with stakeholders to inform the review¹¹.

Research question

The following research question has been formulated for this part of the review: What are the barriers and the facilitators of the integration of oral health into primary care in various health care settings across the world?

Search Strategy

A detailed search strategy was designed with the help of an expert librarian at Université de Montreal, using specific mesh terms and keywords to capture the relevant literature on the topic of interest. We created groupings of key words and Medical Subject Headings that were combined with the Boolean terms 'OR' and 'AND' and 'NOT'. The search strategy was developed for Medline via Ovid interface (Table 2) and was revised for each of the other electronic platforms such as: OVID (MEDLINE, EMBASE, Cochrane databases), NCBI (PubMed), EBSCOhost (CINAHL), ProQuest, Databases in Public Health, Databases of the National Institutes of Health (health management and health technology), Health Services and Sciences Research Resources, Health Services Research & Health Care Technology, Health Services Research Information Central, Health Services Research Information Portal, Health Services Technology Assessment Texts, and Healthy People 2020. For this last platform we used the Healthy People Structured Evidence Queries, which are pre-formulated PubMed

searches for HP2020 objectives. These ongoing updated queries have been developed by experts, librarians, and stakeholders in the field of public health to achieve HP2020 objectives to easily search the evidence-based public health literature.

Identifying Relevant Studies and Eligibility Criteria

Publications in English or French from 1978 to April 2016 were reviewed. We included all research studies irrespective of study design in which the integration of oral health into primary care is the primary focus of the publication. We excluded publications such as commentaries, editorials and individual points of view, but we searched their references for the original studies. Two researchers (HH, EE) independently screened the titles and abstracts of each citation and identified eligible articles for full review. Disagreement between reviewers was discussed and resolved by consensus. All potentially relevant studies were retained for full-text assessment. Data extraction was conducted independently by the same reviewers using a data extraction form, designed according to the study's conceptual framework.

Conceptual Framework

The Rainbow model was used as a conceptual model to guide the scoping study¹³. This model is based on the integrative functions in primary care and includes level-specific domains: clinical integration (micro level), organizational and professional integration (meso level), and system integration (macro level). Furthermore, in this multi-level model, functional and normative integration assure the link between the other three domains.

Data Charting and Collating

To insure the consistency of the data extraction, this stage was conducted by three reviewers (HH, EE, RS) followed by consensus. The data were classified into two tables, according to the type of the publications: 1) research reports; 2) policies, strategic plans and other relevant publications. In the first step, extracted data and related meaning units were grouped into two categories: barriers and facilitators. According to Tesch (1990), a meaning unit is *“a segment of text that is comprehensible by itself and contains one idea, episode or piece of information”*¹⁴. Then a constant comparison of the codes was conducted and the themes were identified. In the second step, these categories were divided into specific levels and domains according to the

study's conceptual framework. At this stage a triangulation was conducted by the scoping review team (HH, EE, RS, FG, YC, LL, CB) and themes were discussed and revised.

Summarizing and Reporting the Results

A qualitative approach was used to synthesize the study's findings. This involved a descriptive and thematic analysis of the results based on the conceptual framework.

Stakeholder Consultations

We engaged the knowledge users and stakeholders in the entire process of the review through preliminary reviews of a few published articles, as well as discussions on the study research question. The stakeholders included representatives of academic health care organizations, policy decision-makers and primary health care professionals working in rural and remote communities, as well as patients' representatives.

4.2.4. Results

Characteristics of the Publications

The databases and grey literature searches yielded 1,619 records (Fig. 3). After removal of duplicates, 1,583 publications went through title and abstract screening, of which 95 were included for full review. After adding 9 publications from the hand search of references, a total of 104 articles were included in the final analysis. Among the total reviewed articles, 58 publications (Table 3 and 4) reported on the barriers and/or facilitators of oral health integration into primary care. These publications were from 18 countries across the world: the United States of America (USA), Australia, Canada, France, Sweden, Norway, Switzerland, Nepal, Bangladesh, Indonesia, Tanzania, Nigeria, Thailand, Peru, Brazil, New Zealand, the United Kingdom (UK) and Iran.

The majority of research studies were published in the last decade and were conducted in the USA. Table 3 presents the characteristics of the selected original research studies ($n=37$)¹⁵⁻⁵¹. The research studies included pilot and demonstration projects, qualitative and quantitative studies. The latter included 2 randomized controlled trials (RCTs). The publications in regard

to policy analyses/white papers, oral health care programme descriptions (n=21) are presented in table 3⁵²⁻⁷².

The publications reported barriers and facilitators on the three levels of integration as described by Leutz et al.⁷³: linkage (n=41); co-ordination (n=11); and full integration (n=6). Only 7 publications from 3 countries reported on the long-term barriers of fully integrated models of primary oral care^{15,17,27,46,65,70,72}. Furthermore, the types of integration reported in the literature were mostly at the linkage level and included screening to identify emerging needs, understanding and responding to the special needs of identified vulnerable population groups such as children and elders, referrals and follow-up, and providing information to patients.

Themes

A total of 10 themes and 9 subthemes at the macro, meso and micro level emerged from the review. These themes covered all the domains found in the theoretical model. The most frequently reported barrier was related to primary health care providers' competencies at the micro-level and in the domain of clinical integration. The two other most reported barriers were the low political priority in the system integration domain, at the macro level, as well as the lack of funds in the organizational integration domain, at the meso level. The most frequently reported facilitators included collaborative practices in the functional domain and financial support in the system integration domain, at the macro level.

Barriers in the Integration of Oral Health into Primary Care

Lack of political leadership and health care policies

Lack of political leadership, poor understanding of the oral health status of the population and low prioritization of oral health on the political agenda as well the absence of appropriate oral health policies were identified as barriers for integrated care at the macro level^{19,21,22,25,32,40,48-51,72}. Insurance policies and separate medical and dental insurance realms were found detrimental to the coordination of services among medical and dental providers in the functional domain^{40,53,59}. Furthermore, in many countries, the professional legislation policies didn't allow

the delivery of preventive oral health care by non-dental professionals and this operates as a barrier for integrated care^{18,19,25,40}.

Implementation challenges

The cost of integrated services, human resources issues and deficient administrative infrastructure were reported as major barriers in implementation of oral health integrated care at the meso and macro levels^{16,20,21,26,28,33,42,43,48}. The challenges to ensure the economic stability of programmes targeting oral health in primary care and the high cost of equipment maintenance were frequently reported as barriers^{66,69}. Many studies were in accordance with the fact that workload of personnel, staff turnover, time constraints and scarcity of various trained human resources such as care coordinators, public health workforce and allied dentists were important barriers to oral health integrated care^{15,24,28,30,34,36,39,41,46,51,54,57,66}. Moreover, recruitment and retention of dental and non-dental staff were considered challenging, mostly due to the limited number of professionals interested in working in primary integrated clinics and shortage of dentists in rural and remote regions^{48,63,71}.

Deficient administrative infrastructure such as the absence of dental health records in medical records, cross-domain interoperability and domain-specific act codes were considered as a contributor to the general perception of dental care as an “optional” service, hindering medical professionals from performing basic dental services^{59,67,69}.

Discipline-oriented education and lack of competencies

At the meso level, lack of interprofessional education and focusing on discipline-oriented training in health were identified as obstacles to integrated care in many studies^{18-20,22,26-28,30,32,35-39,41,43-48,51,54,66}. This barrier was translated at the micro level as lack of competencies. Knowledge, attitudes and skills were the most reported meaning units of competencies of primary health care providers, as defined by Bloom and Krathwohl⁷⁴. The lack of knowledge in regard to integrated care practices was identified for both dental and non-dental care providers. For instance, a study conducted in the USA showed that pediatricians with a low level of competencies had adopted oral health care into their routine practice 5 times less than those with a higher level²⁴. Besides, qualitative studies conducted in Sweden, France and Brazil found various attitudes toward integrated care in both dental and medical health care teams, in terms

of professional interests, shared tasks and responsibility^{26, 33,46}. Chung et al. found that 33% of the physicians in a long-term care facility declared carrying out a systematic examination of the oral cavity, while the others expressed feelings of illegitimacy and considered oral health as an exclusive dentist domain²². Moreover, and contrary to nursing personnel in a long-term care facility, only a minority of the physicians stressed that oral health care of the residents should be carried out on site by a dentist²⁰.

Lack of continuity of care and services

The theme continuity of services included three subthemes: unstructured mechanism for care coordination at the micro level, and lack of practice guidelines and types of practice at the meso level. Discontinuity in the integrated care process was associated with poor referral systems, deficient interface and poor connection between public health section, primary care and academic institutions^{21,27,29,32,33,41,47,53,54}. Furthermore, practice types such as *in silo* practices and contract-based services were reported as barriers for linkage, coordination and integration of services^{15,32}. Some studies showed that solo practices and practices with specific clienteles such as infants and toddlers had lower referral rates to dentists than polyclinics with various clienteles^{24,54}.

Patient's oral health care needs

The review of publications revealed that patients' decision to accept or refuse integrative care was mainly based on their need perception rather than the assessment of health care providers^{19,24,29,36}. In an RCT conducted by Lowe et al., current dental problem and not having a regular dentist were the significant predictors for consultation with a non-dental primary care provider²⁹. Patients' problems seem to motivate confident practitioners to provide oral health care^{26,47}.

Facilitators of the Integration of Oral Health into Primary Care

Supportive policies and resources allocation

Publications on policies and successful integrated programmes highlighted the importance of financial support from governments, stakeholders and non-profit organizations at the macro

level^{15,16,18,32,39,42,45,46,53,54}. Furthermore, several governmental strategic plans highlighted that partnerships and common vision among governments, communities, academia, various stakeholders and non-profit organizations can act as a facilitator to integration of oral health into primary care in the normative domain^{56,65,67,69}. Health care policies such as Arizona Hygiene Affiliated Practice Act and Medicaid, reimbursements to trained primary care providers for oral screening, patient education and fluoride varnish applications acted as facilitators to the integration of oral health into primary care in the United States^{40,57}. In Brazil, prioritization of deployment of the National Oral Health Policy by the federal government demonstrated greater integration of oral health care in the unified health system, with coverage for access to oral health for the Brazilian population having grown significantly since 2004^{70,72}.

Interprofessional education

Several studies revealed that non-dental professionals agreed on interprofessional education, showing higher willingness to include oral health education in their job schedule and to undertake further training on oral health^{25,27,28,30-32,35-38,40,42-44,46,47,52,54-56,58,60-63,66-68}. Training of paediatricians, family and primary care physicians and community health providers in a preventive dentistry programme in North Carolina (Mouths of Babes), in Seattle (Kids Get Care) and in Washington led to the integration of preventive dental services into their practices^{28,54,55}.

Collaborative practices

This theme included three subthemes: perceived responsibility and role identification, case management and incremental approach. Although many studies reported a lack of oral health knowledge among various health care providers, it was also reported that understanding their role in providing oral health care could act as a facilitator to engage them in integrated oral health care services^{19-23,26,27,30,42,44,46-48,51,58,60,65-69}. According to some studies conducted in North Carolina and Peru, primary care physicians and nurses were able to identify their role and assumed their responsibility in taking care of the oral health of their patients^{44,54}. Besides, integrated primary care in Glasgow reported positive response on the part of professionals towards joint-work practices¹⁷.

Two pilot studies reported that appropriate case management, including choice and flexibility in service delivery at multiple levels (administrative and/or clinical), could lead to effective

coordination and consistency between oral health and other health care services^{16,25}. Some programmes such as the NOAH oral health programme in Arizona showed success in primary care teamwork when sharing oral health care responsibilities with nurses, medical assistants and other members of the team⁵⁷. This success relies on an effective coordinated care and strengthening of referral systems, communication among health care workers, as well as task-shifting strategies^{15,27-29,39,41,42,45,50,57,58,64-66}. The incremental approach was suggested as a successful strategy for integration of oral health into primary care^{15,53}. This approach allowed gradual modification in the workflow based on staff experience and preference.

Local strategic leaders

Results of studies conducted in the USA and some developing countries highlighted the strategic role of the local leader in building teamwork and communities' capacities in the integration of oral health into primary care^{15,16,19,32,38,39,45,51,55,63,64}. In the Rochester Adolescent Maternity Program, for instance, registered nurses were found as 'drivers' in promoting oral health by assessing patients' dental needs and managing their consultations and referral⁵⁸. Similarly, an oral health coordinator in a pilot project in New Hampshire was identified as a linkage facilitator between nursing and dental human resources³⁴.

Proximity

Geographical proximity or co-location of dental and medical practices were reported as the main facilitators for interdisciplinary collaboration in various communities^{17,42,43,50}. Health care professionals have shown interest in the colocation model since it is the first step to merge primary care and dental care and allows establishing a relationship among the health care workforce, showing promising results in the delivery of efficient care addressing both the medical and oral health needs of patients^{55,57,61,71}.

According to Wooten et al.³⁵, nurses and certified midwives were more likely to adopt preventive measures and refer patients for specialized care if they had a dental clinic in the primary practice setting.

4.2.5. Discussion

Fragmentation in primary health care may put at risk vulnerable patients with chronic or acute health problems such as oral health diseases^{1,75,76}. However, the integration of oral health into primary care is still at an emerging stage in many countries around the world. Health care policy makers and organizations need high-quality evidence and information to assess their own process gaps and make decisions on its implementation⁷⁷. Despite the large number of publications on primary health care integration, a number of knowledge gaps exist in the domain of oral health care integration. To our knowledge, this is the first scoping review aimed at synthesizing influential factors in the integration of oral health into primary care using a theoretical model of integration. In fact, the concept of integration is complex and needs to be analyzed in a multi-level perspective. In this study, we used the Rainbow model of integrated care to conduct the thematic analysis¹³. This framework provided a valuable lens to identify level- and domain-specific barriers and facilitators across publications. It allows for a better understanding of the inter-relationships among the dimensions of integrated care from a primary care perspective.

The results of the present scoping review are in line with publications on the challenges faced in the implementation of integrated care⁷⁸⁻⁸¹. Common barriers such as the absence of health care policies and supporting strategies, inadequate interdisciplinary training and workload increase seem to depend on both contextual and individual factors rather than the discipline itself⁷⁸⁻⁸¹. However, in this study we identified a discipline-specific barrier: perception of oral health care needs. Some publications reported that patients and most of the primary health care providers didn't attribute value to continuity of care in the field of oral health because oral health conditions are rarely life-threatening^{26,33,47}. This aspect, which could be critical from the lens of dental professionals, may be explained by lack of knowledge and awareness of the impact of oral health on general health and well-being, and could help explain the fact that oral health is seldom on the political agenda. Interprofessional education and collaboration could be effective in raising awareness on the importance of oral health and its integration into primary care. However, recent studies show that implementation of interprofessional health science curricula is also encountering barriers and requires long-term financial and political supports⁸². E-health

technologies such as online education, electronic health records and web-patient portals could be used to facilitate the implementation of integrated care⁸³. Although some common facilitators such as supportive policies and resource allocation are crucial to mitigate the challenges of integrated care, it seems that the presence of a local leader and proximity have significant impact on making sense of the complex concept of integration, putting collaborative practices in place and involving the stakeholders to make effective and positive change in their organization.

This scoping review has some strengths and limitations when compared to systematic reviews. Although the scoping review methodology allows the analysis of a broad range of publications, it doesn't necessitate the quality assessment of publications and grading of evidence. However, scoping reviews provide an avenue for future research and have clinical and public health impact.

4.2.6. Conclusion

The scoping review findings allow better understanding of conceptually grounded barriers and facilitators at each integration domain and level. The most reported barrier themes included primary health care providers' competencies at the micro level and in the domain of clinical integration. The most frequently reported facilitators included collaborative practices in the functional domain and financial support in the system integration domain, at the macro level. The themes identified here permit the conduct of potential future research and policies to better guide integration of oral health care practices between dental and medical workforce and allied primary health care providers.

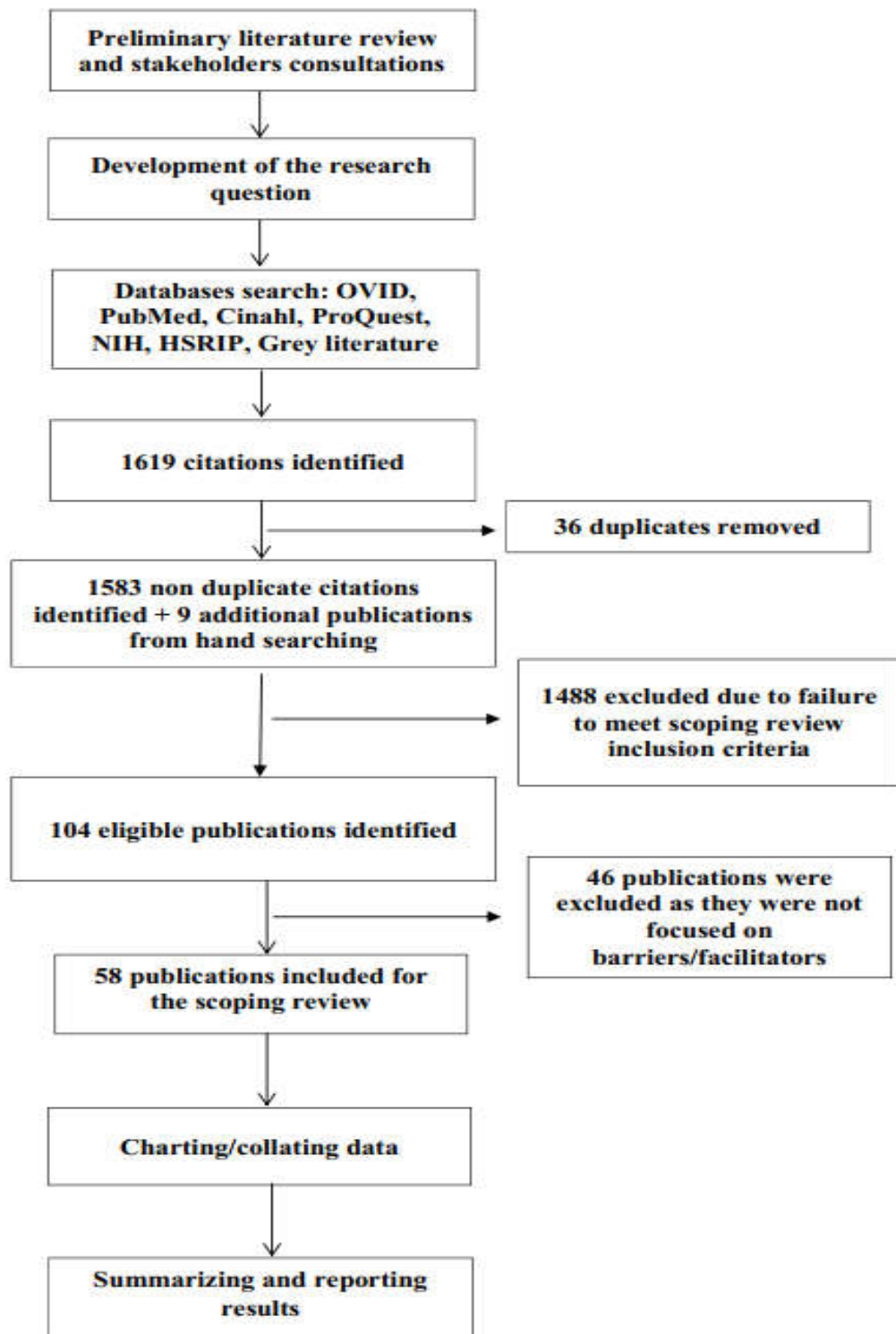


Figure 3 – Flow chart of the scoping review

Table 2 – MEDLINE search strategy

#	Searches
1	exp Dental Health Services/
2	Oral Health/
3	Dentistry/
4	Oral Medicine/
5	exp Preventive Dentistry/
6	exp Dental Facilities/
7	exp Diagnosis, Oral/
8	Stomatognathic Diseases/
9	exp Mouth Diseases/
10	exp Tooth Diseases/
11	Pediatric Dentistry/
12	exp Dentists/
13	Community Dentistry/
14	(dentist* or stomatology or Dental Prophylaxis or Fluoridation or Oral Hygiene or Oral Health or Dental Facilities or Dental Clinic* or Dental Office* or Oral Diagnos* or Mouth Disease* or Tooth Disease* or Dental Disease* or Dental Health Service* or Dental Service* or pedodontics).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
15	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16	exp Primary Health Care/
17	Primary Care Nursing/
18	Primary Nursing/
19	Physicians, Primary Care/
20	(Primary care or Primary health care or Primary healthcare or Primary Nursing).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
21	16 or 17 or 18 or 19 or 20
22	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
23	exp Community Health Services/
24	(community care or community health care or community healthcare).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
25	22 or 23 or 24

26	Community Integration/
27	systems integration/
28	(Integrat* or Interprofessional or multidisciplin* or interdisciplin* or cooperat* or collaborat* or coordination*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
29	((Cross or multi or inter) adj (profession* or Disciplin*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
30	26 or 27 or 28 or 29
31	15 and 21 and 30
32	limit 31 to (English or French)
33	(15 and 25 and 30) not 31
34	limit 33 to (English or French)

Table 3 - Main facilitators and barriers of the integration of oral health into primary care according to the research articles identified in the scoping review

Authors, Year/ Country (Reference number)	Type of Publication	Setting/ Target health care users	Main barriers to integration	Main facilitators of integration
Anumanrajadhon et al., 1996/ Thailand [16]	Demonstration Project	Community health care center/Rural communities	Deficient infrastructure and logistics Financial cost	Interprofessional education Resource allocation Local leaders and community involvement
Haughney et al., 1998/UK [17]	Original Research Report	General medical and dental practices/General population	Discrepancies in health record systems Poor care coordination	Co-location and proximity Collaborative practices Effective communication
Helderman et al., 1999/Bangladesh, Indonesia, Nepal, Tanzania [18]	Demonstration Projects	Community health care centers/Rural communities	Conventional dentistry and lack of dentists' social and behavioral knowledge Deficient infrastructure and logistics	Interprofessional education Supportive policies
Johnson T. and Lange, BM. 1999/USA [19]	Original Research Report	Long term care facilities/Geriatric population	Limited knowledge/training of primary care providers Implementation constraints Institutional policies	Nursing staff interest and positive attitude toward oral health Patients' perception and oral health needs
MacEntee et al., 1999/Canada [20]	Original Research Report	Long term care facilities/Geriatric population	Financial cost of on- site dental clinic Lack of infrastructure and implementation issues Lack of professional interest Limited knowledge/education	Collaborative practices Local champion
Fellona M. and DeVore, LR. 1999/USA [21]	Original Research Report	Primary care nursing centers/Vulnerable population	Lack of referral sources Unavailability of dental providers Lack of professional interest Financial cost	Collaborative practices Human resources including oral health professionals Interprofessional education/training
Chung et al., 2000/Switzerland [22]	Original Research Report	Nursing homes/ Geriatric population	Limited knowledge/training	Interprofessional education/training Collaborative practices

			of primary care providers Lack of professional interest and perception of responsibility Low institutional priority for oral health	
Diamond et al., 2003/USA [23]	Original Research Report	Community health/oral health network/School-aged children in underserved communities	Poor support from academic institutions Lack of goal-oriented human resources Long-term financial issues	Community support Collaborative practices Stakeholders' common vision and support Financial support
De La Cruz et al., 2004/USA [24]	Original Research Report	Pediatric practices and family medicine practices/Medicaid eligible children	Practice setting of primary health care providers (solo, workload and high patient volume) Primary health care providers' self-perceived difficulty for referral	Primary clinicians' confidence in dental screening The dental care needs of children at-risk for developing disease
Cane, RJ and Butler, DR., 2004/Australia [25]	Demonstration Project/Pilot Study	Community public health services/Rural and remote communities	Professional legislation policies Lack of agreement on interprofessional education Unstructured care coordination	Financial support and adequate resources Interprofessional education/training
Hallberg et al., 2005/Sweden [26]	Original Research Report	Medical practices/Children with disabilities	Limited knowledge and education of health care professionals in regard to oral health Attitudes and concerns in regard to shared responsibility Deficient organizational support and limited resources	Working in multidisciplinary teams Financial support and adequate resources
Maunder P and Landers, DP., 2005/ UK [27]	Original Research Report	Community pharmacies/General population	Lack of referral mechanism and unstructured care coordination Lack of support for pharmacists on integration into primary health care teams	Interprofessional education/training Interdisciplinary meeting Pathway file: coordination mechanism

Lewis et al., 2005/USA [28]	Original Research Report	Community based- medical practices/ Children	Financial issues and logistics Lack of financial incentives for primary care providers Limited knowledge and education of health care professionals in regard to dental preventive acts Attitudes and concerns in regard to shared responsibility Lack of time and workload of health care professionals	Coordination mechanism Interprofessional education/training and supportive materials Dental resources in community Interprofessional communication Implementations strategies
Lowe et al., 2007/UK [29]	Original Research Report	General medical practices/Geriatric population	Lack of referral mechanism and unstructured care coordination	Patients' oral health needs Coordination mechanism Proximity
Andersson et al., 2007/Sweden [30]	Original Research Report	Primary health care center/Geriatric population	Limited knowledge and education of health care professionals in regard to oral health Cultural gap between dental and medical disciplines, and discipline-oriented education Unstructured care coordination Lack of reimbursement policies in regard to preventive dental care acts for non- dental health care professionals Assignment of responsibility and lack of time	Holistic health perspective of primary care providers Interprofessional collaboration
Slade et al., 2007/USA [31]	Original Research Report	Private pediatric and family physician practices/Medicaid- eligible children	N/A	Type of medical practices: pediatric practices Large volume practices
Riter et al., 2008/USA [32]	Original Research Report	Primary health care centers/ Young children	Limited knowledge and education of health care professionals in regard to oral health	Local champions Interprofessional education/training Legislation

			Lack of financial incentives (reimbursement policies) for primary health care providers Unstructured care coordination	Building political will and public awareness Support of medical community
Tenenbaum et al., 2008/France [33]	Original Research Report	Private practitioner-hospital health network/Population with limited access to care	Lack of structured care coordination and referral systems Limited interprofessional collaboration Assignment of responsibility Lack of financial incentives	Interprofessional education/training
Pronych et al., 2010/USA [34]	Original Research Report/Pilot	Long term care facilities/Geriatric population	Professionals' lack of interest, time constraints Attitudes and concerns in regard to shared responsibility	Oral health care coordinator Interprofessional education/training
Close et al., 2010/USA [41]	Original Research Report	Primary health care practices/Children ≤3 years old	Limited training of health care professionals in regard to technical dental acts Lack of structured care coordination and referral systems Attitude and resistance of office personnel Implementation issues (e.g., time, staff turnover)	Technical training of primary health care providers for preventive acts Implementation of coordination strategies
Wooten et al., 2011/USA [35]	Original Research Report	Prenatal care centers/Pregnant women	Limited knowledge and education	Interprofessional education/training Proximity and referral resources
Skeie et al., 2011/Norway [36]	Original Research Report	Child health clinics/infants and toddlers	Limited knowledge and education Time constraints of primary health care providers	Population oral health needs Interprofessional communication Interprofessional education/training
Hajizamani et al., 2012/Iran [37]	Original Research Report	Public health care centers/General population	Lack of primary health care providers' knowledge on oral health and their duties toward oral health care	Interprofessional education/training Collaborative practices

Rabiei et al., 2012/Iran [38]	Original Research Report	Public health care centers/General population	Limited knowledge and education of primary health care providers	Interprofessional education/training
Brownlee, B., 2012, USA [39]	Original Research Report	Community health centers /General population	Limited education and training of primary health care providers Cost of sustainable programs Time constraints of primary health care providers Change in leadership Shortage of health care workforce	Medical/dental champion/leaders Co-location Implementation of structured care coordination and supportive electronic record system Financial support and strategies for revenue In-reach program targeting population at risk
Sams et al., 2013/USA [40]	Original Research Report	Centers of Medicare and Medicaid Services/Children	Opposition from dental profession Health care professionals' lack of interest Administrative issues Lack of personnel Limited budget for reimbursement of non-dentist providers	Compatibility with other Medicaid programs Reimbursement for multiple services of non- dental care professionals Interprofessional education/training
Olayiwola et al., 2014/USA [42]	Original Research Report	Medical and dental practices/General population	Financial cost Delivery barriers Inadequate services linkage	Co-location and proximity Community partnerships with academic institutions and key stakeholders Interprofessional education/training Supportive policies and collaboration Implementation of coordination strategies and patients' engagement
Braimoh et al., 2014/Nigeria [43]	Original Research Report	Local governments' primary health care centers /General population	Lack of primary health care workers' education and training in regard to oral health Shortage of health care workforce Lack of equipment and inadequate infrastructure Limited funds	Co-location Local leader Interprofessional education/training Provision of resources and adequate infrastructure

Pesaressi et al., 2014/Peru [44]	Original Research Report	Health centers of Ministry of Health/Infants and their caregivers	Limited knowledge of primary health care professionals on the importance of oral health Primary health care professionals' perceived responsibility in regard to oral health	Interprofessional training and education Primary health care professionals' willingness to advise on oral health
Mitchell-Royston et al., 2014/USA [45]	Original Research Report	Health care centers/ Children ≤ 12 years old	Limited training of health care professionals in regard to oral health care	Oral health champion Collaborative practices and team approach Interprofessional training and education Adequate care coordination and referral system Use of tools such as standardized electronic health records to incorporate oral prevention into primary care workflow Reimbursement policies for non-dental providers for oral health services Supportive policies and collaboration of key stakeholders
De Aguiar et al., 2014/Brazil [46]	Original Research Report	Municipalities' primary health care centers/General population	Limited skills and training of health care professionals in regard to dental acts Lack of human resources Attitude and concerns in regard to the responsibility for oral health care Workload and time constraints of primary health care providers	Supportive policies and resources Interprofessional collaboration Regulations in regard to primary health care providers' scope of practice and tasks Acknowledgment of the care effectiveness
Hummel et al., 2015/USA [15]	White Paper /Case Studies	Primary health care centers/ Vulnerable and at risk population	Historical fragmentation of oral and general health care Barriers to sharing clinical information Lack of training of primary care providers in regard to oral health	Consumer advocacy and collaboration of key stakeholders including patients and caregivers Dissemination of validated screening and assessment tools Care coordination and structured referral process

			Time constraints and workflow of primary care providers Lack of evidence-based guidelines Lack of financial incentives and payment policies for primary care practices Discipline-oriented perspective in regard to the scope of practice	Team and incremental approach Use of health information technology Interprofessional education/training Quality and performance measurements Local champion
Langelier et al., USA/2015 [50]	Original Research Report	Federally qualified health care centers/Vulnerable population groups	Limited funds Low priority for oral health Limited resources and shortage of workforce Incompatibility of previously built electronic medical and dental record systems High cost of an adequate infrastructure	Adequate care coordination and referral system Use of standardized electronic health records Engagement of both public and private dental and non-dental providers in primary care Collaborative practices Communities tailored programs Patients' needs Co-location and proximity Financial support and supportive environments
Barnett et al., 2016/Australia [47]	Original Research Report	Community primary care centers/Rural communities	Primary care professionals discipline -oriented perspective in regard to the scope of practice Lack of structured referral process and "one-way communication" Limited knowledge and education	Primary care professionals' confidence and competencies in providing emergency dental care Primary care professionals' perceptions of patient needs Interprofessional education and training Collaboration
Smith M. and Murray-Thomson, W., 2016/New Zealand [48]	Original Research Report	Government assisted care/Geriatric frail population	Lack of policies on including oral health care in residential care facilities Traditional perspectives of dental profession in regard to dental care and limited social commitment	Inter-sectoral collaboration and care planning at system level Upskilling of dental workforce for primary care services Patient empowerment in regard to oral health needs Financial support and supportive environments

Arthur T. and Rozier, RG., 2016/USA [49]	Original Research Report	Medical practices/Medicaid-eligible Children ≤ 5 years old	Limited research on the effectiveness of oral health services provided by non-dental providers Partial reimbursement and requirement for training	Implementation of policies by Medicaid programs
Bernstein et al., 2016/USA [51]	Original Research Report	Federally qualified health care centers/Vulnerable population groups	Limited time Lack of training and expertise of primary care providers Lack of shared medical and dental records Low priority for oral health	Shared vision between caregivers and administrators Local champion

Table 4 - Main facilitators and barriers of the integration of oral health into primary care according to the non-research publications identified in the scoping review

Authors, Year/Country	Type of Publication	Setting/ Target health care users	Main barriers to integration	Main facilitators of integration
Tesini, D., 1987/USA [52]	Program Description	Community health care center/ Populations with special care needs	Poor connection between academic institutions and primary care sector	Interprofessional education/training Strategic leader
Nolan et al., 2003/USA [53]	Policy Analysis and Case Studies	Health care centers Low-income population with a focus on children	Professional legislation policies, dental licensing laws and practice acts Lack of referral mechanism	Strategic leadership and supportive health care policies, regulations, and reimbursement policies for primary care providers Education/training Incremental approach
Rozier et al., 2003/USA [54]	Program Description	Medical offices/Low-income population with a focus on high-risk children	Lack of knowledge, skills and confidence among primary care providers Time and work load of primary health care providers Lack of referral mechanism	Interprofessional education/training Strategic leadership Supportive health care policies, and reimbursement policies for primary care providers Collaboration among various organizations Financial support and adequate resources
Wysen et al., 2004/ USA [55]	Program Description	Community health centers/ Low-income children	Discipline-oriented perspectives Professional interest	Local champion and case manager Co-location Interprofessional education/training Financial support Adequate resources and outreach services by public health sectors
Pan American Health Organization /WHO, 2006/USA [56]	Strategic Plan	National and regional programs and community health centers /12-year-old children worldwide	Lack of coordinated and sustainable strategy Resistance to change within dental profession	Public health policies, support of key stakeholders and interprogrammatic approach Providing evidence based on needs assessment Interprofessional education/training Multidisciplinary approach Legislation

Heuer, S., 2007/USA [57]	Program Description	School-based primary medical care/ Children	Time constraints of primary health care providers	Co-location Interdisciplinary care coordination Legislation in regard to the scope of dental hygienists' practice
Stevens et al., 2007/ USA [58]	Program Description	University-affiliated primary care centers/ Pregnant adolescents	N/A	Type of primary care: prenatal services Collaborative practices Interprofessional education/training and orientation sessions Systematic care coordination Local leader Primary health care providers' rewards and recognition
Powell VJH. and Din, FM., 2008/ USA [59]	White Paper	Medical and dental practices/General population	Poor communication between medical and dental providers Incompatibility of the electronic medical and dental records Ignorance of oral health in best practice guidelines Separation of medical and dental treatment in insurance systems Unstructured care coordination	Standardized electronic health records integrating oral health Interprofessional and cross-discipline education/training Legislation and policies to include preventive dental care in the health system
Weber-Gasparoni et al., 2010/USA [60]	Program Description	University-affiliated community clinic/Infants and toddlers	Financial cost	Support, partnership and collaboration of key stakeholders Interprofessional education/training
Kruger et al., 2010/ Western Australia [61]	Report/Case study	Rural and remote Aboriginal medical centers/Rural and remote Indigenous communities	NA	Co-location Collaboration and partnership of key stakeholders from service, education and research Symbiotic relationship with general health practitioners and supportive environment Interprofessional communication and collaborative practices Interprofessional education/training Resources and facilities
Pucca et al., 2010/Brazil [72]	Policy analysis	Health care network system/General population	Low political priority for oral health	Institutionalization of policies and financial investments Collaboration and partnership of key stakeholders

Planning Unit, South Western Sydney Local Health, 2012/Australia [62]	Strategic Plan	Private general practice/Rural and remote communities	Workforce shortages Fragmented service system Discipline-oriented perspectives	Information management and technology Administrative procedures Training and support Reimbursement and incentive policies
Grantmakers in Health, 2012/USA [63]	Report/Case Studies	Health care centers/Vulnerable population groups	Workforce issues Dentists' negative attitude toward vulnerable population	Alternative dental service providers Communication and partnerships Education and training Insurance and financing Leadership
U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Service Administrations, 2012/USA [64]	Case Presentation	Primary health care centers /Early childhood	Lack of community dental providers Limited public health coverage for dental care Family hesitance/resistance in regard to some preventive dental care Lack of training and unfamiliarity of non-dental providers with new procedures	Structured care coordination and effective referral system Inter-professional education/training (including cultural competency) Local champion Quality improvement assessment Resource identification
NHS Commissioning Board, 2013/UK [65]	Strategic Plan/Case Studies	NHS primary care dental services /General population	Limited budget	Local dental networks Supportive policies and collaboration of key stakeholders including policy-makers, commissioners, clinicians, dental public health and academia Care pathway commissioning framework Implementation of coordination strategies such as tool kit for practices Financial support
US Department of Health and Human Services, 2014/USA [66]	Strategic Document	Health care centers/Vulnerable groups	Financial sustainability Time constraints of primary health care providers	Implementation of oral health core competencies within primary care practices Organizational leadership Organized and multifaceted infrastructure Financial support and strategies for revenue Financial incentives and reimbursement policies for primary health care providers Interprofessional education/training

Ramos-Gomez, F., 2014/USA [68]	Program Description	Community health and wellness centers/Vulnerable, high risk children ≤5 years old and their caregivers	N/A	Supportive policies and collaboration of key stakeholders including policy-makers, dental and non-dental care providers and academia Implementation of community outreach coordination Interprofessional education/training Unified family-centered care Electronic medical records
Abrams et al, 2014/USA [69]	Strategic Plan	Community clinics and private medical offices/Children in underserved neighborhoods	Limited infrastructure Financial sustainability	Supportive policies and collaboration of key stakeholders including community members Coordinated health care system Interprofessional training Standardized electronic medical records Incorporation of oral health in insurance health plan and reimbursement policies
Pucca et al., 2015/Brazil [70]	Policy analysis	Health care network system/General population	Private providers' interests Fragmented care and education	Institutionalization of policies and financial investments Coordinated sustainable oral health network Educational investment and job marketing Adequate infrastructure and human resources Collaboration of key stakeholders
Pourat et al., 2015/ USA [71]	Program Description/ Policy Brief	Community health centers/Low-income and uninsured population	Infrastructure funding	Co-location Administrative support and financial incentives to recruit dental providers
US Oral Health Strategic Framework 2014-2017, 2016/USA [67]	Strategic Plan	Primary health care centers/Vulnerable and underserved population	Historical fragmentation of oral and general health care Un-unified medical and dental records.	Supportive policies and collaboration of key stakeholders Collaborative practices Cross-discipline education and training Unified patient-centered health centers

4.2.7. References

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
2. Hutchison B, Abelson J, Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health affairs.* 2001;20(3):116-31.
3. Beland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit.* 2011;25(5):138-46.
4. Deber R. Health Care Reform: Lessons From Canada. *Am J of Public Health.* 2003;93(1):20-4.
5. Kodner L, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications - a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2(4).
6. Kodner D, Kyriaco, CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care.* 2000 1(e08).
7. Emami E. The integration of oral health in primary care: Interdisciplinary research initiative. *Mosaic, Canadian Association of Public Health Dentistry.* 2015;Spring(7).
8. Phillips K, Hummel J. Oral health in primary care: A framework for action. *JDR clinical and translational research.* 2016;1(1).
9. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *Int J Integr Care.* 2001;1(e21).
10. Emami E, Harnagea H, Girard F, Charbonneau A, Voyer R, Bedos CP, Chartier M, Wooton J, Couturier, Y. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2016;6(10).
11. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science.* 2010;5(69).
12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
13. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeel, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013(Jan-Mar).

14. Tesch R. Qualitative research: analysis, types and software tools. Falmer, Basingstoke, UK.; 1990.
15. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. Oral health - An essential component of primary care-White Paper In: Safety net medical home initiative. Seattle, WA: Qualis Health. 2015. <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf>. Accessed 23.10 2016.
16. Anumanrajadhon T, Rajchagool S, Nitisiri P, Phantumvanit P, Songpaisan Y, Barmes DE, Sardo-Infirri J, Davies GN, Moller IJ, Pilot T. The community care model of the Intercountry Centre for Oral Health at Chiangmai, Thailand. *Int Dent J*. 1996;46(4):325-33.
17. Haughney M, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *British Dental Journal*. 1998;184(7):343-7.
18. Helderma W, Mikx F, Begum A, Adyatmaka A, Bajracharya M, Kikwilu E, Rugarabamu P. Integrating oral health into primary health care--experiences in Bangladesh, Indonesia, Nepal and Tanzania. *Int Dent Journal*. 1999;49(4):240-8.
19. Johnson T, Lange BM. Preferences for and influences on oral health prevention: perceptions of directors of nursing. *Spec care Dent*. 1999;19(4):173-80.
20. Mac Entee M, Thorne S, Kazanjian A. Conflicting priorities: oral health in long-term care. *Spec Care Dent*. 1999;19(4).
21. Fellona M, DeVore LR. Oral health services in primary care nursing centers: opportunities for dental hygiene and nursing collaboration. *J Dent Hyg/American Dental Hygienists' Association*. 1999;73(2):69-77
22. Chung J, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dent*. 2000;20(1):12-7
23. Diamond R, Litwak E, Marshall S. Implementing a community-based oral health care program: lessons learned. *J Public Health Dent*. 2003;63(4):240-3
24. De la Cruz G, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Paediatrics*. 2004;114(5):642-52
25. Cane RJ, Butler DR. Developing primary health clinical teams for public oral health services in Tasmania. *Aus Dent J*. 2004;49(4):162-70
26. Hallberg U, Klingberg G. Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(5):363-8
27. Maunder P, Landes DP. An evaluation of the role played by community pharmacies in oral healthcare situated in a primary care trust in the north England. *Br Dent J*. 2005;199(4):219-23

28. Lewis C, Lynch H, Richardson L. Fluoride varnish use in primary care: what do providers think? *Paediatrics*. 2005;115:e69-76
29. Lowe C, Blinkhorn AS, Worthington HV, Craven R. Testing the effect of including oral health in general health checks for elderly patients in medical practice – a randomized controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:12-7
30. Andersson K, Furhoff AK, Nordenram G, Wardh I. 'Oral health is not my department' Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: A qualitative interview study. *Scan J Caring Sci*. 2007;21(1):126-33
31. Slade G, Rozier RG, Zeldin LP, Margolis PA. Training pediatric health care providers in prevention of dental decay: results from a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:176
32. Riter D, Maier R, Grossman DC. Delivering preventive oral health services in pediatric primary care: a case study. *Health affairs*. 2008;27(6):1728-32
33. Tennebaum A, Folliguet M, Berdougou B, Herve C, Moutel G. Improving the physician-dental surgeon relationship to improve patient care. *Presse Medicale*. 2008;37:564-70
34. Pronych G, Brown EJ, Horsch K, Mercer K. Oral health coordinators in long-term care -a pilot study. *Spec Care Dent*. 2010;30(2):59-65
35. Wooten K, Lee J, Jared H, Boggess K, Wilder RS. Nurse practitioner's and certified nurse midwives' knowledge, opinions and practice behaviors regarding periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *J Dent Hyg*. 2011;85(2):122-31
36. Skeie M, Skaret E, Espelid I, Misvaer N. Do public health nurses in Norway promote information on oral health? *BMC oral health*. 2011;11(23):1-9
37. Hajizamani A, Mohammadi TM, Hajmohammadi E, Shafiee S. Integrating oral health care into primary health care system. *International Scholarly Research Network*. 2012;2012:1-7
38. Rabiei S, Mohhebi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC public health*. 2012;12:855-68
39. Brownlee B. Oral health integration in the patient-centered medical home environment: case studies from community health centers. *Qualis Health/DentaQuest Foundation*. 2012. <http://docplayer.net/4669109-White-paper-oral-health-integration-in-the-patient-centered-medical-home-pcmh-environment-case-studies-from-community-health-centers.html>. Accessed 26.03 2016

40. Sams L, Rozier GR, Wilder RS, Quinonez RB. Adoption and implementation of policies to support preventive dentistry initiatives for physicians: A national survey of medicaid programs. *Am J Public Health*. 2013;103(8)
41. Close K, Rozier RG, Zeldin LP, Gilbert AR. Barriers to the adoption and implementation of preventive dental services in primary medical care. *Pediatrics*. 2010;125(3):509-17
42. Olayiwola N, Bodenheimer T, Dubé K, Willard-Grace R, Grumbach K. Facilitating care integration in community health centers: A conceptual framework and literature review on best practices for integration into the medical neighborhood. UCSF Center for Excellence in Primary Care. 2014.
http://www.careinnovations.org/uploads/BSCF_Facilitating_Care_Integration_Mar_2014.pdf. Accessed 24.10 2016
43. Braimoh M, Ogunbodede E, Adeniyi A. Integration of oral health into primary care system: views of primary health care workers in Lagos State, Nigeria. *J Public Health in Africa*. 2014;5(328):35-9
44. Pesaressi E, Villena RS, van der Sanden W, Mulder J, Frencken JE. Barriers to adopting and implementing an oral health programme for managing early childhood caries through primary health care providers in Lima, Peru. *BMC Oral Health*. 2014;14(1)
45. Mitchell-Royston L, Nowak A, Silverman J. Interprofessional study of oral health in primary care. Pediatric oral health research and policy center. 2014.
http://www.aapd.org/assets/1/7/Dentaquest_Year_1_Final_Report.pdf. Accessed 15.11 2016
46. Lucena de Aguiar D, Tomita NE, Sousa Machado MF, Lavieri Martins C, Frazao P. Oral health technicians in Brazilian primary health care: potentials and constraints. *Cad Saude Publica*. 2014;30(7):1560-70
47. Barnett T, Hoang H, Stuart J, Crocombe L. "Sorry I'm not a dentist": perspectives of rural GPs on oral health in the bush. *Med J Aust*. 2016;204(1)
48. Smith M, Murray-Thomson W. "Not on the radar": dentists perspectives on oral health care of dependent people. *Gerodontology*. 2016:1-11
49. Arthur T, Rozier RG. Provision of preventive dental services in children enrolled in Medicaid by nondental providers. *Paediatrics*. 2016;137(2):1-10
50. Langelier M, Moore J, Baker BK, Mertz E. Case Studies of 8 Federally Qualified Health Centers: Strategies to Integrate Oral Health with Primary Care. Rensselaer, NY: Center for Health Workforce Studies, School of Public Health, SUNY Albany. 2015.
<http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2015/11/FQHC-Case-Studies-2015.pdf>. Accessed 02.01 2017

51. Bernstein J, Gebel C, Vargas C, Geltman P, Walter A, Garci RI, Tinanoff N. Integration of oral health into the well-child visit at Federally Qualified Health Centers: Study of 6 clinics, August 2014-March 2015. *Prev Chronic Dis.* 2016;13
52. Tesini D. Providing dental services for citizens with handicaps: A prototype community program. *Mental Retardation.* 1987;25(4):219-22
53. Nolan L, Kamoie B, Harvey J, Vaquerano L, Blake S, Chawla S, Levi J, Rosenbaum S. The effects of state dental practice laws allowing alternative models of preventive oral health care delivery to low-income children Center for health services research and policy. 2003. https://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/DHP_Publications/pub_uploads/dhpPublication_5F628DDE-5056-9D20-3DFE0BE817BF82D7.pdf. Accessed 01.02 2017
54. Rozier R, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. *J Dent Ed.* 2003;67(8):876-85
55. Wysen K, Hennessy PM, Lieberman MI, Garland TE, Johnson SM. Kids Get Care: Integrating preventive dental and medical care using a public health case management model. *J Dent Ed.* 2004;68(5):522-30
56. Pan American Health Organisation. Proposed 10-year regional plan on oral health. WHO 2006. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/5685/ce138.r9-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed 25.11 2016
57. Heuer S. Integrated medical and dental health in primary care. *J Spec Pediatr Nurs.* 2007;12(1)
58. Stevens J, Iida H, Ingersoll G. Implementing an oral health program in a group prenatal practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36:581-91
59. Powell V, Din FM. Call for an integrated (medical/dental) health care model. Conference on the electronic health record: Best practices and new horizons; 1-3 October, 2008; Wake Forest University Translational Science Institute, Winston-Salem, NC, USA.2008
60. Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Qian F. Iowa's public health-based infant oral health program: a decade of experience. *J Dent Ed.* 2010;74(4):363-71
61. Kruger E, Jacobs A, Tennant M. Sustaining oral health services in remote and Indigenous communities: A review of 10 years experience in Western Australia. *Int Dent J.* 2010;60:129-34
62. Planning Unit - South Western Sydney Local Health. Integrated Primary and Community Care (IPCC) Development Plans for the South West Growth Centre (SWGCG). NSW Government. 2012. https://www.swslhd.nsw.gov.au/pdfs/SWGC_IPCCS.pdf. Accessed 14.03 2016

63. Grantmakers In Health. Returning the Mouth to the Body: integrating oral health & Primary care. 2012. http://www.gih.org/files/FileDownloads/Returning_the_Mouth_to_the_Body_no40_September_2012.pdf. Accessed 13.12 2016
64. U.S. Department of Health and Human Services. Considerations for oral health integration in primary care practice for children. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. 2012. <https://www.hrsa.gov/oralhealth/oralhealthprimarychildren.pdf>. Accessed 14.02 2016
65. NHS commissioning Board. Securing excellence in commissioning NHS dental services. NHS England. 2013. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/02/commissioning-dental.pdf>. Accessed 02.02 2017
66. U.S. Department of Health and Human Services. Integration of oral health and primary care practice. Health Resources and Services Administration. 2014. <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/primarycare/integrationoforalhealth.pdf>. Accessed 03.03 2016
67. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health strategic framework 2014-2017. Public Health Rep. 2016;131(2):242-57
68. Ramos Gomez F. A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program. Int J Dent. 2014;2014:1-9
69. Abrams M, Chung L, Fisher M, Lugtu K, Rose S, Stookey J. San Francisco children's oral health strategic plan 2014-2017. 2014. http://assets.thehcn.net/content/sites/sanfrancisco/Final_document_Nov_2014_20141126111021.pdf. Accessed 13.12 2016
70. Pucca G, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res. 2015;94(10):1333-7
71. Pourat N, Martinez AE, Crall JJ. Better Together: Co-location of dental and primary care provides opportunities to improve oral health. Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res. 2015;Sep(PB2015-4):1-8
72. Pucca G, Gomes de Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Brazilian Oral Research. 2010;24(Spec. Iss 1):26-32
73. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q. 1999;77(1):77-110

74. Bloom B, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, by a committee of college and university examiners. Handbook I: Cognitive Domain. New York: NY: Longmans, Green; 1956
75. World Health Organization. The World Health report 2008: primary health care now more than ever. WHO. 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Accessed 12.04 2016
76. Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. Choices for change: the path for restructuring primary health care services in Canada. Canadian Fondation for Healthcare Improvement. 2003. http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4431&cf_id=68&lang=en. Accessed 13.12 2016
77. Titler M. The evidence for evidence-based practice implementation. In: Hughes R, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008
78. Kodner D. Introduction to Integration. All Together Now: A conceptual exploration of integrated care. Healthcare Q, 13(Sp) October 2009: 6-15
79. Tsasis P, Evans JM, Owen S. Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. Int J Integr Care. 2012;12(5)
80. Pomerantz A, Corson JA, Detzer MJ. The challenge of integrated care for mental health: leaving the 50 minute hour and other sacred things. J Clin Psychol Med Settings. 2009;16(1)
81. Dickinson H, Glasby RM. The challenges of delivering integration. J Integr Care. 2014;22(4)
82. Lapkin S, Levett-Jones T, Giligan C. A systematic review of th effectiveness of interprofessional education in health professional programs. Nurse education today. 2013;33(2)
83. Shrader S, Kostoff M, Shin T, Heble A, Kempf, B, Miller A, Patykiewicz N. Using communication technology to enhance interprofessional education simulations. Am J Pharma Ed. 2016;80(1)

4.3. Article 3

Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. **BMC Oral Health**. 2018, Feb 15;18(1):23.

From theoretical concepts to policies and applied programmes: The landscape of integration of oral health in primary care

Auteurs : Hermina Harnagea ¹, Lise Lamothe ¹, Yves Couturier ², Shahrokh Esfandiari ³, René Voyer ⁴, Anne Charbonneau ⁴, Elham Emami ³

¹ École de santé publique, Université de Montréal

² École de travail social, Université de Sherbrooke

³ Faculté de médecine dentaire, Université McGill

⁴ Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

Reproduit avec permission des auteurs et du journal **BMC oral health**

4.3.1. Abstract

Background

Despite its importance, the integration of oral health into primary care is still an emerging practice in the field of health care services. This scoping review aims to map the literature and provide a summary on the conceptual frameworks, policies and programs related to this concept.

Methods

Using the Levac et al. six-stage framework, we performed a systematic search of electronic databases, organizational websites and grey literature from 1978 to April 2016. All relevant original publications with a focus on the integration of oral health into primary care were retrieved. Content analyses were performed to synthesize the results.

Results

From a total of 1,619 citations, 67 publications were included in the review. Two conceptual frameworks were identified. Policies regarding oral health integration into primary care were mostly oriented toward common risk factors approach and care coordination processes. In general, oral health integrated care programs were designed in the public health sector and based on partnerships with various private and public health organizations, governmental bodies and academic institutions. These programmes used various strategies to empower oral health integrated care, including building interdisciplinary networks, training non-dental care providers, oral health champion modelling, enabling care linkages and care coordinated process, as well as the use of e-health technologies. The majority of studies on the programs outcomes were descriptive in nature without reporting long-term outcomes.

Conclusions

This scoping review provided a comprehensive overview on the concept of integration of oral health in primary care. The findings identified major gaps in reported programs outcomes mainly because of the lack of related research. However, the results could be considered as a

first step in the development of health care policies that support collaborative practices and patient-centred care in the field of primary care sector.

Keywords: oral health, integration, primary care

4.3.2. Background

Primary health care has been defined by the World Health Organization (WHO) as

“[...] essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain [...]. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process”¹.

Primary health care includes a large range of services such as oral health care and encompasses a variety of health care providers across the public, private and non-government sectors. The integration of oral health into primary care has been implemented in some health care systems to reduce the burden of oral health disease and to improve access to oral health care, especially for disadvantaged people and communities². This approach empowers health promotion and oral disease prevention, and favours health equity. It includes various domains such as risk assessment, oral health evaluation, preventive intervention, communication and education as well as interprofessional collaborative practice³.

Despite the growing attention being generated towards integrated oral health care and the support of medical organizations such as the American Academy of Family Physicians for an oral health framework⁴, the documentation on oral health integrated models is disparate, and it remains unclear how and in what contexts this approach is being applied and is successful in practice.

Therefore, as presented in the published protocol⁵, a comprehensive scoping review has been conducted by our research team, to answer several research questions on the concept of the primary oral health care approach. This article presents the findings in regard to the following research questions:

- What are the main conceptual and applied models as well as policies that exist on the integration of oral health in primary care?

- To what extent the integration of oral health in primary care improve oral health outcomes, especially for vulnerable and disadvantaged populations?

4.3.3. Methods

The review was conducted using the six-stage methodological framework of Levac et al.⁶ including 1) identifying the research question, 2) searching for the relevant studies, 3) selecting studies, 4) charting and collating the data, 5) summarizing and reporting the results, and 6) consultation with stakeholders to inform the review.

Since the protocol of this scoping review has been published previously⁵, only a brief summary is presented here. Using specific mesh terms and keywords, a detailed search strategy was designed with the help of an expert librarian at Université de Montréal. Various data bases including OVID NCBI , EBSCOhost, ProQuest, Databases in Public Health, Databases of the National Institutes of Health (health management and health technology), Health Services and Sciences Research Resources, Health Services Research & Health Care Technology, Health Services Research Information Central, Health Services Research Information Portal, Health Services Technology Assessment Texts, and Healthy People 2020 have been searched. The snowballing technique was used to identify additional relevant resources and the grey literature. Publications in English or French from 1978 to April 2016 have been reviewed. All research studies irrespective of study design in which the integration of oral health into primary care is the primary focus of the publication were included. Commentaries, editorials and individual points of view were excluded.

Two calibrated reviewers (HH, EE) have independently reviewed the title and abstract according to defined eligibility criteria (kappa=0.83). After the complete review of selected publications, data were extracted and charted by the same reviewers (HH, EE). At each step, reviewers' disagreements were discussed with other research team members and resolved by consensus. This paper presents specifically the results on the policies, applied programs and outcomes. The findings in regard to barriers and facilitators were presented in a previous publication⁷.

Summarizing and Reporting the Results

A content analysis was used to synthesize, summarize and report the study's findings. This included a descriptive analysis of the results and a schematization based on the integration framework (Rainbow model), proposed by Valentijn et al.⁸ (figure 4). The data were also classified into two tables (Table 5 and 6), according to the oral health outcomes and type of programs. Extracted data were grouped into various categories as shown in tables. A triangulation was conducted by the scoping review team and the results were discussed and revised.

Stakeholder Consultations

The stakeholders included representatives of academic health care organizations, policy decision-makers and health care professionals, as well as the patients' representatives. They were engaged in the various steps of the scoping review including preliminary reviews of a few published articles, discussions on the study research questions and study findings, and developing effective dissemination strategies.

4.3.4. Results

Description of included studies

As presented in figure 5, from the total of 104 publications included in the full review, 67 reported on theoretical and applied models as well as policies in regard to the integration of oral health into primary care. These publications were from 6 countries: the United States of America (USA), Australia, Canada, Brazil, the Netherlands and the United Kingdom (UK). The publications included conceptual frameworks (n=6), policies and strategic plans (n=35), programmes descriptions (n=16) and related applied research studies (n=10). The majority of research studies were published in the last decade and were conducted in the USA.

Conceptual frameworks

The review identified two frameworks developed in the USA. The first, used in the Integration of Oral Health and Primary Care Practice (IOHPCP) Initiative, was proposed by the Health Resources and Services Administration^{3,9}. It covers five domains including risk assessment, oral

health evaluation, preventive intervention, communication and education and inter-professional collaborative practices^{3,10}. This framework has been adopted by some Federally Qualified Healthcare Centers (FQHC) for the implementation of their tailored programmes¹¹. The second, the Oral Health Delivery Framework, was recently developed in partnership with primary care and dental care clinicians, policy makers and stakeholders from medical, dental, and nursing associations, as well as end-users. The activities proposed in this framework promote proactive coordination between dental and non-dental primary care providers and include: screening patients for oral diseases, identifying particularly high-risk populations, offering fluoride varnish for paediatric patients and high-risk adults, performing patient education, dietary counseling and oral hygiene training, and developing structured documentation and referral processes¹². Since 2015, this framework has been implemented in 19 primary health care organizations from public services and private practice in five US states, to examine its feasibility and sustainability¹³.

Policies and strategic plans in the integration of oral health in primary care

Universal acceptance of the primary health care approach dates back to the WHO Alma-Ata declaration of 1978¹⁴. Since this strategic positioning for promotion of the “Health for All” concept, the primary health care approach has been accepted by WHO member countries. The 1982 project Global Oral Health Goals for the Year 2000, a cooperative endeavour by organizations including the World Dental Federation (FDI) and WHO, established strategic plans for the integration of oral health into primary care¹⁵. Indeed, WHO oral health programmes provide global leadership in policy and strategic orientation, targeting development of the common risk factor approach and integrated care for prevention and control of non-communicable diseases including oral diseases¹⁶⁻¹⁸. The scoping review identified an important WHO strategic plan entitled “Oral health: Action plan for promotion and integrated disease prevention”, which was presented to the World Health Assembly and the Executive Board, the supreme governance bodies of WHO, in 2007. Accordingly, the member countries agreed on implementation of the WHO Global Oral Health Programme, an action plan which provides guidelines for 193 member countries¹⁹. In the last decade, all of these countries have set general policies for oral health action, using these guidelines with the concept of common risk factor²⁰⁻

²³. However, because of the worldwide variation in oral health care organizational systems²⁴, the specific policies on oral health integrated care differ not only between countries, but also within countries at national and provincial levels. In most countries, policies have focused on care coordination plans, rather than fully oral health integrated strategies. In some countries such as Canada, Australia, the USA and the UK, policies for integrated care put emphasis on specific population groups such as early childhood, children and adults with special needs, elders, rural and remote communities, as well as Aboriginal and Indigenous populations²⁵⁻³⁶.

As a pioneer in the category of developing countries and based on its health reform entitled Unified Health System, Brazil has implemented different governmental, federal and municipal policies to completely integrate oral health professionals into multidisciplinary primary care teams^{37,38}. In 2004, Brazil launched a National Policy for Oral Health (NPOH) and linked this specific strategic plan to other public health care policies including the reorganization of primary care, the reorganization of specialized care, fluoridation of the water supply and oral health surveillance³⁹. According to the reviewed publications, these policies were successful in the implementation of a sustainable integrated oral health care network³⁹ and optimizing oral health care services for all groups of citizens, despite some persistent challenges such as cost and resistance from the private oral health care sector^{40,41}.

In a number of industrialized countries, various strategies have been tailored to foster WHO principles. In 2011, 42 US states adopted policies under Medicare/Medicaid to encourage general physicians, paediatricians and other primary care providers to provide some basic oral health care⁴²⁻⁴⁵. The US Health Department of Health and Human Services oral health strategic framework 2014-2017 recommended the primary oral health care approach as a means to overcome the segmentation of health care delivery^{9,46}.

In Europe, a collaboration of the Association for Dental Education in Europe, the Council of European Chief Dental Officers, the European Association of Dental Public Health and the European Dental Health Foundation permitted the implementation of a platform to support oral health policies through the development of cross-sectoral approaches and collaboration with health and social care professions⁴⁷.

In the UK, integrated dental care services are governed by the National Dental Health Services board^{34,48}. Following the Health and Social Care Act adopted in 2012, dental professionals collaborate with various stakeholders and Local Authority Public Health teams to achieve continuity of care across private and public sectors^{34,49}. The British Dental Association supports strategic collaborations with all health and social care professionals to enable global comprehensive care and to reduce oral health inequalities⁵⁰.

Integrated oral health care programmes and related applied research outcomes

Table 5 and 6 summarizes the identified integrated oral health care programmes and related applied research outcomes^{11,51-75}. In general, programmes designed to integrate oral health into primary care have been implanted in the public sector and in partnership with various private and public health organizations, governmental bodies, schools and universities (Table 5). These programmes use various strategies to empower integrated care, including building interdisciplinary networks, training non-dental care providers, oral health champion modelling, enabling care linkages and care coordinated process, as well as the use of e-health technologies⁵⁹⁻⁷³.

In many countries a ‘high-risk strategy’ approach has been used to create integrated oral health care programmes. Accordingly, integrated care has focused on groups with the highest risk factor levels for oral diseases such as: child and maternal age-groups, the elderly and persons with physical and mental disabilities, low-income population groups, as well as rural, remote, Indigenous communities.

As an example, about 80% of the FQHC in the USA, which provide health care services to underserved populations, also deliver either comprehensive or preventive dental services⁷⁶. These centers are governed by community boards, and receive a governmental budget under the Public Health Service Act⁷⁶. Factors cited as facilitators of the integration of oral health into primary care in these centers can be classified as: 1) the active collaboration between academic stakeholders, traditional dental care teams, dental therapists, community dental health

coordinators, primary care health providers and social workers as well as patient navigators; 2) the adoption of the Dental Home Model, rooted in the Patient-Centered Medical Home delivery model, 3) the identification of dental or medical champions for integration, 4) the co-location of primary care and dental care, 5) the presence of common electronic health care record systems and 6) sufficient funds⁵⁸⁻⁷².

According to the technical report conducted by Maxey et al.⁶⁷, five FQHCs have been identified as leaders in integrating oral health with primary care. These centres developed different care models based on the five domains proposed by the IOHPCP framework, classified as “*physician led, administration-driven, interprofessional integration, culture of integration, dental outreach coordination*,” to implement the integration⁶⁷.

Our scoping review also identified some programmes initiated by dental schools in collaboration with community-based organizations. As an example, the *Infant Oral Care Program* was developed by the University of California (UCLA) to increase family-centred access to care and utilization of dental services⁷¹. Within this programme, UCLA provided inter-professional education and culturally adapted minimally invasive dental care for the underserved, low-income and minority children and their caregivers. Another example is the Rochester Adolescent Maternity Program, created in 2003, which provides oral health educational guidelines within prenatal services⁶³. In 1969, the First Nations and Inuit Health branch of Health Canada, in collaboration with the University of Toronto, developed the “Sioux Lookout Project”⁵⁹. Through this programme, dental clinics and facilities were integrated in the nursing stations in remote First Nations Communities. Dental services were offered by fly-in dentists and certified dental assistants. Similarly, the Centre for Rural and Remote Oral Health in Australia uses networked “hub and spoke models of care” in which dental clinics are integrated in rural and remote Aboriginal Medical Centres, and dental services are offered through the collaboration of community nurses with fly-in dentists or dental residents⁵⁴.

Although this scoping review didn’t identify major publications on sustained outcomes and cost/benefit analysis for these programmes, most of the publications mentioned that integrated primary health care services increase performance of the health care system by creating a

supportive environments^{11,51,55,59-61,64,65,67,71-75}. Although supportive environments can potentially improve oral health outcomes, from the review it was not clear to what extent these outcomes were improved, and if the needs of vulnerable and disadvantaged populations were completely addressed (Table 6).

Positive outcomes included enhanced interprofessional collaboration, satisfaction of non-dental primary care providers with the oral health care training, increased performance of non-dental care providers, and patient satisfaction with care delivery^{52-54,56,58,60-63,66,68-70}.

Objective outcomes included an increase in the number of trained non-dental health care providers, the number of dental visits, screening and preventive acts, referrals, as well as a decrease in the percentage of patients' dental treatment non-attendance and finally improved access to dental care^{11,51-54,56,57,62,71,72,74,75}. Haughney et al. (1998) reported on the follow-up of a co-located model of integrated care and demonstrated that after three years, the total number of medical/dental visits as well as dental visits by the 0–5 year age group and by the elderly increased by 90%, 32% and 24%, respectively⁵¹. Gerritsen et al. (2013) compared integrated versus incidental dental care in two nursing homes in a city in the Netherlands with 35,000 inhabitants. In the centre providing integrated care, although the cost of dental care increased by 86%, the average dental care time for patients was 20 times greater and translated into a reduction of more than 40% of dental treatment needs among seniors⁵³.

4.3.5. Discussion

This scoping review maps the literature to identify and describe models and policies of the integration of oral health in primary care. Almost all the publications reviewed in this study highlighted the need for effective policies on interdisciplinary approaches to improve the oral health of disadvantaged population groups.

The review confirmed that primary oral health care is not a new concept and in fact is the foundation of the United Nations Millennium Declaration Goal statement: *“All people, everywhere, shall have access to a skilled, motivated and facilitated health worker within a*

robust health system”⁷⁷.

However, theoretical and conceptual models in oral health are not well developed in comparison to medical fields. In fact, the various taxonomies of integrated care are still not well differentiated and applied in the field of oral health. In a working document, the WHO has provided an overview of taxonomies and models of integrated care⁷⁸. According to this document six types of integration have been introduced by Lewis et al.: organizational, functional, service, clinical, normative and systemic⁷⁹. This taxonomy has been used to analyze the level and the mechanism of integration. Furthermore, integration has also been classified into horizontal and vertical integration, which could occur in a real or virtual manner, as described by Curry and Ham⁸⁰. The breadth, level and intensity of integration varied from integration health care models for specific groups to whole population⁸¹, from micro and meso to macro level, as well as from partial to full integration. These taxonomies were used in the development and implementation of various integrated care models, including three main models: individual models of integrated care, group- and disease-specific models, as well as population-based models⁷⁸.

It seems that in the field of dental care, mostly individual and group-specific models of integrated care have been promoted in order to coordinate the care for high-risk and vulnerable patients and to empower the continuity and delivery of dental care. Although in countries such as Canada, integrated care delivery models like PRISMA were developed more than a decade ago, oral health has not been included due to the fact that dental care is covered mostly by the private sector.

However, in some countries such as Brazil, health policy makers have implemented policies that favour population-based models such as “Smiling Brazil”, the Brazilian National Oral Health Policy (PNSB). These models recognize that oral health is linked to environmental and societal factors and needs to be improved within supportive environments and by using culturally appropriate strategies. The main limitation of population-based models is their considerable cost, which often makes their implementation difficult or unlikely⁸². Several Brazilian publications^{83,84} show that despite the effectiveness of PNSB in terms of oral health

care and access, implementation of the principles of the policy continue to encounter difficulties in some cities even 10 years after its adoption.

This is why combined models seem to be both privileged and realistic, given that the expenses encountered by health care organizations are the main influence in the majority of identified models for oral health integration into primary care.

On the other hand, the choice of integrated oral health care models in different countries depends on the clinical services organization, vision and values in the community, governance systems and policies⁷. For example, in the USA and Australia, strategies for oral health integration into primary care are oriented towards oral health clinical competencies achievement for non-dental primary care providers, whereas in some other countries, the policy of professional associations is to protect the population and the profession of dentistry based on academic qualifications, which may not respond to the need of disadvantaged populations.

This scoping review has some limitations that should be noted. First, as with all scoping reviews, it was restricted to the selected publications. Second, since the majority of identified publications provided descriptions of demonstration projects or programmes without describing the outcomes, it was often difficult to assess the degree and breadth of integration of a programme, or obtain a complete understanding of the programme's impact. However, in order to encourage the health care system toward more integrated and interdisciplinary models of health care, we need to provide scientific evidence based on rigorous evaluation research and conduct environmental scans that could detect effective integration models that have not yet been published. We hope that this review will facilitate the future steps towards better understanding of the processes by which integration of oral health into primary care can successfully occur.

4.3.6. Conclusions

This work highlighted the importance of policies on promoting the integration of oral health in primary care and the implementation of interdisciplinary public health programs to improve the

oral health of disadvantaged population groups. Further research is needed to provide data on cost-effectiveness and sustained outcomes of such policies and programs in various countries and population.

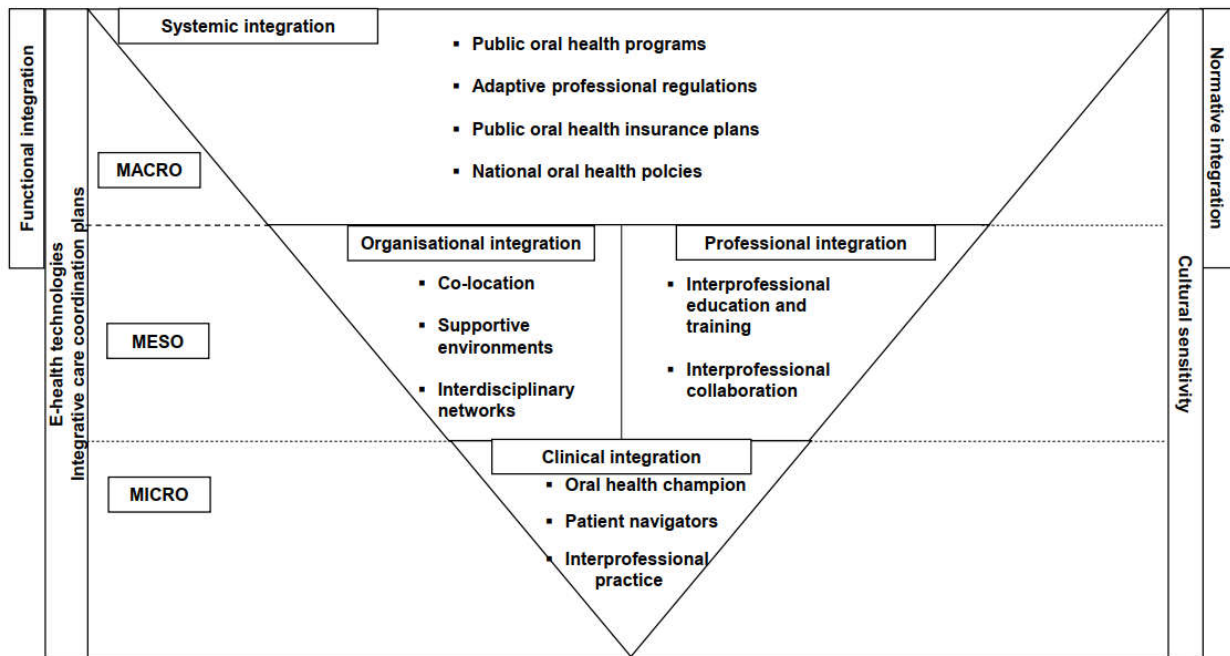


Figure 4 - Strategies for integration of oral health into primary care based on the Valentijn et al. integration framework

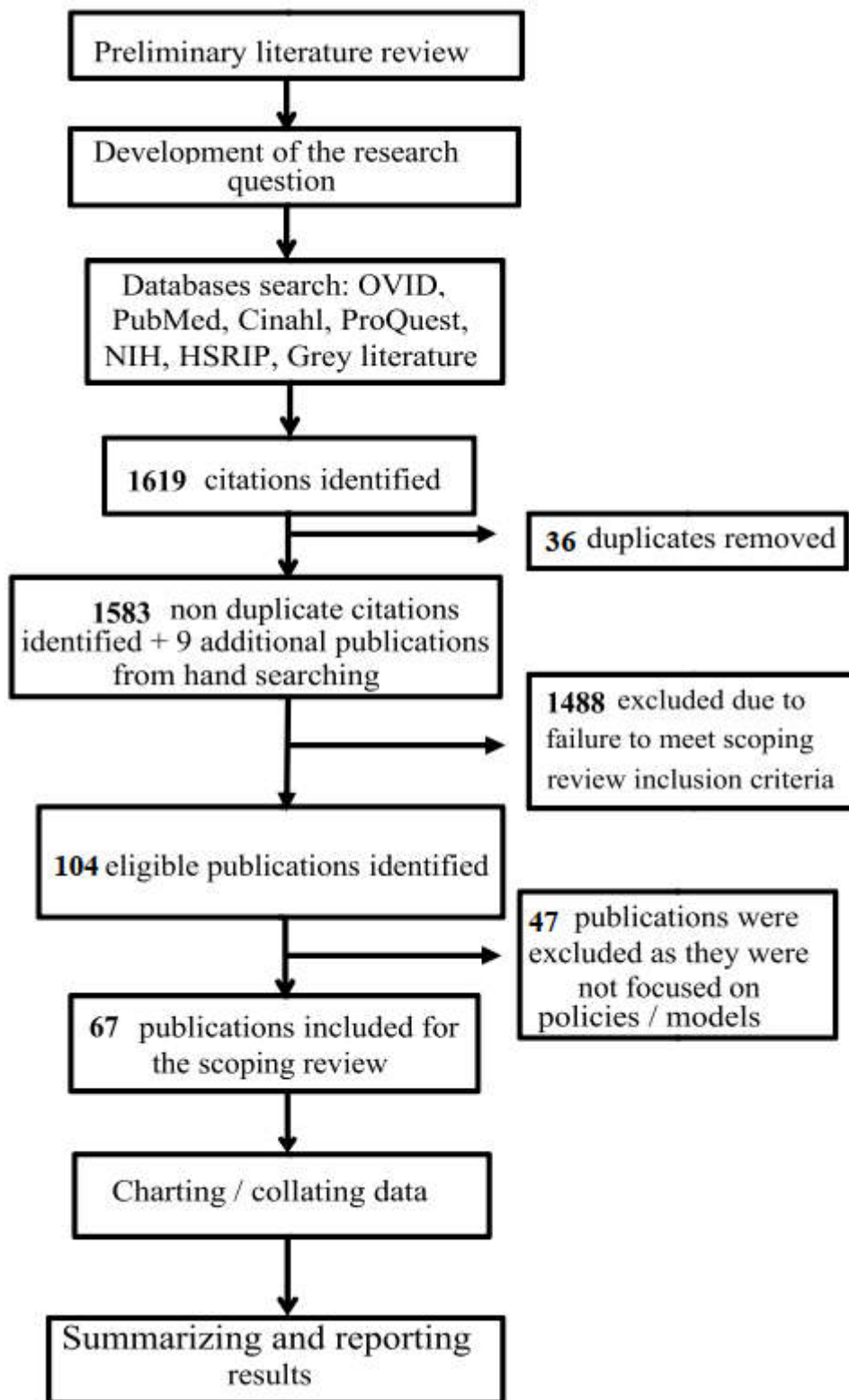


Figure 5 – Flowchart of the scoping review

Table 5 – Integration of oral health into primary care: Summary of integrated oral health care programmes

Authors, Country/ Year	Program type/Target population	Program main strategy	Oral health care provider	Main outcomes
Bain & Goldthorpe, Canada/1972	University-initiated outreach /Aboriginal community	Assigned full-time dentists to community's hospital, providing dental services in nursing stations and satellites	Dentists & dental residents	Creation of supportive environment Demonstration of feasibility, replicability
Rozier et al., USA/2003	Statewide community clinics preventive program/Low income children 0-3 years old	Reimbursement of non-dental care providers for preventive dental services	Paediatricians, family physicians, nurses and other health care professionals in community clinics	□trained medical professionals (88% participation rate) Wide geographical oral health coverage □2.8 times the number of practices with submitted claims over one-year period □follow-up visits
Wysen et al., USA/ 2004	Public-health based program /Low-income children ≤5 years old	Empowering case management model Co-location of dental and medical clinics Providers cross-training Community education and outreach	Case managers, community agency staff, physicians, public health nurses, dentists and dental hygienists	Successful training of community care providers □ numbers of screening, dental visits and oral health services 109% □in fluoride varnish applications over 10-month period
Heuer, S., USA/2007	School-linked clinics /Low income children	Contractual partnership with a local community dental health center and employment of dental hygienists at school Training of school nurse practitioners for screening of oral diseases	Nurse practitioners and dental hygienists	□ Parents' satisfaction □ of no-show rates for dental care
Stevens et al., USA/2007	Oral health-oriented prenatal practice / Pregnant low income adolescents	Incorporation of evidence-based oral health guidelines in prenatal care Inclusion of dental consultations in prenatal sessions	Nurse midwives and nurse practitioners; paediatric dental consultant, obstetrician, physician, social worker	□ Patients' satisfaction

			and nutritional specialist	
Dugdill, L. & Pine, CM., UK/ 2011	Global multi-objective public-health programs in collaboration with National Dental Associations, the member associations of Federal Dental International (FDI) and Unilever Oral Care/Wide-range population groups	Public-private partnership Training of day care workers to deliver oral health promotion in day care centers (Philippines) Education of future parents (Poland) Training of dental educators (Indonesia) Training for dentists (Nigeria)	Non-dental care providers Dentists	Raised awareness of oral health in 1 million people from 36 countries □ capacity building to deliver oral health in 36 countries Improvement of oral health status in children over a ten-year period
Brownlee, B., USA/2012	Patient-centered dental homes targeting various models of care:	Co-location of dental and medical care Oral health champion modelling to provide oral health care in the primary care setting Implementation of protocol for referral protocols	Primary health care providers & clinical assistants Dental care team (dentist, dental hygienist, dental assistant, dental therapist)	□ oral health risk factors for some of the models including □ number of patients receiving dental care in all delivery models Implementation of systematic and reproducible risk assessment tool for periodontal disease and oral cancer Some programs based on physician-led models were not sustainable
Nycz, G., USA/ 2014	physician led model, administration	Cross-training of dentists and medical providers		
Maxey, H., USA/2015	-driven model, culture of integration, interprofessional collaboration, dental outreach coordinator/L			
Taflinger et al., USA/2016	ow income children, pregnant women and diabetic patients			
Acharya, A., USA/2016				
Gesko, DS., USA/2016				
Ramos-Gomez, FJ., USA/2014	University initiated program in partnership with community-based organizations	Training of all staff involved 3-month rotation for dental paediatric residents	Non-dental providers and dental residents	672 patients and 1500 visits over a 3 year period More than 42% of the children had 2 or more visits 138 patients were maintained caries-free and the programme prevented lesions from progressing in 51 patients

Leavitt Partners, USA/2015	Dental services integrated in accountable care organizations/ Public & private-insured population groups	Co-location of medical and dental care Case management Higher reimbursement rates for care coordination via medical providers Reimbursement of non-dental and dental care providers for preventive dental services Contracting with dental associations to provide dental care in private and public settings Empowering dental leadership	Dentists, care coordinators, non-dental care providers, outreach and referral team	<input type="checkbox"/> 55% of operating room utilization for children's dental care under sedation <input type="checkbox"/> 50% of dental pain complaints <input type="checkbox"/> 9.1% in emergency visits over one-year period <input type="checkbox"/> 3.3% outpatient visits over one-year period
Wooley, S., Australia/ 2016	Community-controlled primary health care service / Aboriginal population	Care coordination to enable two-way referrals and information exchange between staff and community	Dentist and dental consultant, nurses	Fissure sealants and fluoride varnish to 100% of the children over a five- year period <input type="checkbox"/> emergency attendance rates over a five- year period DMFT = 0 in 53.1% of 12 years old children and dmft = 0 in 16.9% of 0-4 year old children over a five-year period

Table 6 –Integration of oral health into primary care: Summary of oral health outcomes

Author , Year/ Countr y	Study objective/ Study design	Setting/ Target health care users	Data collection	Indicators	Main outcomes
Haughney et al., 1998/UK	To develop and evaluate a model of integrated medical and dental care/Cohort study	Co-located medical and dental practices under National Health System regulation/ General population	Postal questionnaire Health records archive	Number of registered joint patients Information discrepancies Joint work practices Number of secondary referrals	90% increase in the number of registered joint patients over a 3-year period <input type="checkbox"/> discrepancies 42% <input type="checkbox"/> in 0-5 year olds' number of joint visits 24% <input type="checkbox"/> in >75 year olds' number of joint visits <input type="checkbox"/> need for secondary referrals

					(n=41) over a 3-year period
Pronych et al., 2010/USA	To examine the efficacy of systems approach and training nursing staff on the oral health of nursing home residents/Pilot study	Long-term care facilities (LTC)/ Geriatric population	Clinical examination Interviews with the oral health coordinators	Simplified debris index (DI-S) of residents at baseline, 2, 6 and 12 month follow-up Success and barriers of the model Feedback on the oral health coordinator's role	Statistically significant improvement in the oral hygiene of LTC residents
Dyson et al., 2012/Australia	To examine the cost-effectiveness of a rural and remote networked hub-and-spokes model / Retrospective economic analysis	Fixed dental services embedded in Aboriginal Health Services/ Aboriginal communities	Services activities data	Cost-to-value ratio	Cost-to-value ratio average: 1.61 Not statistically significant difference between sites, according to the Accessibility/Remoteness Index of Australia
Gerritsen et al., 2013/Netherlands	To compare the cost and effects of integrated care versus incidental care/ Observational study	Long-term care facilities/ Geriatric population	Clinical examination Administrative data	Oral health status Cost of dental care	Integrated care □ dental treatment needs Integrated care □ cost and time spent on dental care
Hom et al., 2013/USA	To evaluate the adherence to early and periodic screening, diagnosis and treatment guidelines for medical practices/ Observational study	Medical practices/Medicaid registered children	Medicaid administrative data base	Number of states adhering to the best oral health practices Number of states requiring dental referral by age 1	88% of states adhered to the content and timing of best oral health practices 33% of the states adhered to the best oral health practice by requiring referral by age 1
Kranz et al., 2014/USA	To examine the association between the type of the service provider (primary care provider/PCP, dentist) and	North Carolina Medicaid / Children aged 3-5 years	Medicaid enrollment and claim files from 2000-2006	CRT CRT payment	Statistically significant difference among children visiting PCPs, dentist or both in regard to CRT and CRT payments

	subsequent dental-carries related treatment (CRT) and CRT payment/Retropective study				The dentist provider type was associated with □ CRT and □ CRT payments per year
Langelier et al., 2015/USA	To identify effective approaches to integrating primary care and oral health services delivery /Case studies	Federally qualified health care centers across United States /Vulnerable population groups	Interviews and focus group discussion	Number of dental clinics Number of dental personnel Number of dental visits Attendance Referral mechanisms Number of primary care providers trained	□ number of dental clinics □ number in dental residents After 3 months, some clinics were fully booked, with 3-4 week waits for appointments Electronic health record interoperability
Grisanti et al., 2015/USA	To examine the performance of Federally Qualified Health Centers over 5-year period (2007-2012)/ Observational study	Community health center's dental department /Medicaid, uninsured and privately insured patients	Administrative records	Oral health age-specific indicators: number of dental visits, number of received oral health services/year, number of received preventive interventions/year, percentage of preventive measures, number/percentage of preventive visits	87% □ in the total number of patients who received at least one dental visit over 5-year period About 50% □ in the total number of patients who received preventive interventions 27% □ comprehensive exam 97% □ in number of patients having preventive interventions No increase in Medicaid patients having a dental procedure 56% □ in restorative procedures for 65 + 140% □ in preventive services
DiMarco et al., 2016/USA	To test the feasibility of integrating primary	Sites of the Supplemental	Dental screening and administrative records Parent/	Number of preventive fluoride varnishes and education sessions	Fluoride varnish applied to 40% of children in order to

preventive interventions into the practice of nurses, registered dietitians and students	Nutrition Program for women, children and infants/Low income preschool children	Guardian oral health survey	Oral force diversity, capacity and flexibility Interprofessional collaboration	reduce the number of cavities by 25% Enhanced education of 40% of women and mothers at both sites Establishing a dental home for 75% of children Expanded the scope of practice of RD, RN, NP Enhanced cross training opportunities
--	---	-----------------------------	---	---

4.3.7. References

1. World Health Organisation (WHO). Health systems strengthening glossary. World Health Organisation. 2017. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html. Accessed 12.04 2017
2. Petersen PE. Strengthening of oral health systems: oral health through primary health care. *Med Princ Pract*. 2014;23(Suppl 1):3-9
3. U.S. Department of Health and Human Services. Integration of oral health and primary care Practice. Health Resources and Services Administration. 2014. <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/primarycare/integrationoforalhealth.pdf>. Accessed 3.04 2017
4. American Academy of Family Physicians (AAFP). Oral health. American Academy of Family Physicians. 2017. <http://www.aafp.org/patient-care/public-health/oral-health.html>. Accessed 5.03 2017
5. Emami E, Harnagea H, Girard F, Charbonneau A, Voyer R, Bedos CP, Chartier M, Wooton J, Couturier, Y. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2016;6(10). doi:10.1136/bmjopen-2016-013807
6. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(69)
7. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, Emami E. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2017. doi:10.1136/bmjopen-2017-016078
8. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeel, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013(Jan–Mar)
9. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health strategic framework 2014-2017. *Public health reports (Washington, DC : 1974)*. 2014;131(2)
10. U.S. Department of Health and Human Services. Considerations for oral health integration in primary care practice for children. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. 2012. <https://www.hrsa.gov/oralhealth/oralhealthprimarychildren.pdf>. Accessed 7.04 2017
11. Langelier M, Moore J, Baker BK, Mertz E. Case studies of 8 Federally Qualified Health Centers: Strategies to Integrate oral health with primary care. 2015.

<http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2015/11/FQHC-Case-Studies-2015.pdf>. Accessed 12.03 2017

12. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. Oral health - An essential component of primary care-White Paper Seattle, WA: Qualis Health. . 2015. <https://dphhs.mt.gov/Portals/85/publichealth/documents/OralHealth/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf>. Accessed 1.07 2017

13. Qualis Health. Comprehensive guide for implementing oral health integration. 2015. <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Guide-Oral-Health-Integration.pdf>. Accessed 1.07 2017

14. World Health Organisation (WHO). Declaration of Alma Ata. International conference on primary health care: World Health Organisation.1978

15. World Dental Federation (FDI). Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J*. 1982;32(1):74-7

16. Petersen P. WHO report - Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization. 2003. http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf. Accessed 1.07 2017

17. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent Journal*. 2004;54:329-43

18. World Dental Federation (FDI). The challenge of oral disease - A call for global action 2015. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf. Accessed 1.07 2017

19. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent Journal*. 2008;58:115-21

20. Petersen P, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa, H. Oral health information systems--towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ* 2005;83(9)

21. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health*. 2004;21(4 Suppl):319-29

22. World Health Organisation. Proposed 10-year regional plan on oral health. World Health Organisation. 2006. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/168660>. Accessed 1.07 2017

23. New South Wales Government. Oral Health 2020: A strategic framework for dental Health in NSW. 2013. http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/Pages/oral_health_2020.aspx. Accessed 28.06 2017

24. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(3):155-94
25. Federal Provincial and Territorial Dental Directors. A canadian oral health strategy. 2005. <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/Patterson.pdf>. Accessed 30.03 2015
26. Rowan-Legg A. Oral health care for children – a call for action. *Paediatr Child Health*. 2014;18(1):37-43
27. Canadian Academy of Health Science. Améliorer l'accès aux soins de santé buccodentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada. 2014. http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/sante-dentaire/Archives_2015/Paul_Allison.pdf. Accessed 01.07 2017
28. Dwyer J, O'Donnell K, Lavoie J, Marlina U, Sullivan P. The overburden report: contracting for Indigenous health services. Darwin: Cooperative Research Centre for Aboriginal Health. 2009. <https://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/bibliography/?lid=16708>. Accessed 1.07 2017
29. Williams S, Jamieson L, MacRae A, Gray C. Review of indigenous oral health. Australian Indigenous HealthInfoNet. 2011. <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/other-health-conditions/oral/reviews/our-review>. Accessed 1.07 2017
30. Tripartite First Nations Health Plan. Healthy Smiles for Life - BC's First Nations and Aboriginal Oral health Strategy. 2014. [FNHA_HealthySmilesforLife_OralHealthStrategy2014.pdf](#)
31. Abrams M, Chung L, Fisher M, Lugtu K, Rose S, Stookey J. San Francisco children's oral health strategic plan 2014-2017. 2014. http://assets.thehcn.net/content/sites/sanfrancisco/Final_document_Nov_2014_20141126111021.pdf. Accessed 1.07 2017
32. American Academy of Paediatrics. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Paediatrics*. 2008;122:1387-94
33. British Society for Disability and Oral Health. Clinical guidelines and integrated care pathways for the oral health care of people with learning disabilities. 2012. http://www.wales.nhs.uk/documents/BSDH_Clinical_Guidelines_PwaLD_2012.pdf. Accessed 26.02 2017
34. Public Health England. Local authorities improving oral health: commissioning better oral health for children and young people. An evidence-informed toolkit for local authorities. 2013. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/321503/CBOH_MaindocumentJUNE2014.pdf. Accessed 1.07 2017

35. American Academy of Pediatrics. Maintaning and improving the oral health of young children. *Pediatrics*. 2014;34(6)
36. American Academy of Paediatrics. Oral health risk assessment timig and establishment of the dental home. *Pediatrics*. 2003;111(3)
37. Pucca G, Riani Costa, JF, de Deus Chagas, L, Sivestre, RM. Oral health policies in Brazil. *Braz oral res*. 2009;23(1)
38. Nascimento A, Moysés ST, Werneck, RI, Moysés, SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J*. 2013;63(5):237-43
39. Pucca G, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research*. 2015;94(10):1333-7
40. Pucca G, Gomes de Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*. 2010;24(Spec. Iss 1):26-32
41. Lima Chaves S. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. *Braz Oral Res*. 2012;26(spec iss 1):71-80
42. Arthur T, Rozier RG. Provision of preventive dental services in children enrolled in Medicaid by nondental providers. *Paediatrics*. 2016;137(2):1-10
43. Sams L, Rozier GR, Wilder RS, Quinonez RB. Adoption and implementation of Policies to Support Preventive Dentistry Initiatives fo rPhysicians: A National Survey of Medicaid Programs. *American journal of public health*. 2013;103(8)
44. Hanlon C. Reimbursing medical providers for preventive oral health services: state policy options. National Academy for State Health Policy. 2010. <http://nhoralhealth.org/blog/wp-content/uploads/2009/11/PewReimbursingMedicalProviders2.10.pdf>. Accessed 22.10 2016.
45. Damiano P, Reynolds JC, McKernan SC, Mani S, Kuthy R. The need for defining a patient-centered dental home model in the era of the affordable care act. 2015. <http://ppc.uiowa.edu/sites/default/files/pchdjul2015.pdf>. Accessed 03.26 2017
46. Minnesota Department of Human Services. Recomendations for improving oral health services delivery system. Legislative report. 2014. <https://www.leg.state.mn.us/docs/2014/mandated/140261.pdf>. Accessed 29.06 2017
47. Patel R. The State of Oral Health in Europe - Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. 2012. <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>. Accessed 1.07 2017

48. Heath S. Local authorities' public health responsibilities. Public Health England. 2014. <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06844#fullreport>. Accessed 1.07 2017
49. NHS commissioning Board. Securing excellence in commissioning NHS dental services. NHS England. 2013. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/02/commissioning-dental.pdf>. Accessed 28.03 2017
50. British Dental Association. Oral Health Inequalities Policy. British Dental Association. 2009. https://www.bda.org/dentists/policy-campaigns/research/government/leg-regs/pub-health-reform/Documents/oral_health_inequalities_policy.pdf. Accessed 15.01 2017
51. Haughney M, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *British dental journal*. 1998;184(7):343-7
52. Pronych G, Brown EJ, Horsch K, Mercer K. Oral health coordinators in long-term care--a pilot study. *Special Care in Dentistry*. 2010;30(2):59-65
53. Gerritsen P, van der Bilt A, Cune MS, Schrijvers AJ, de Putter C. Integrated versus incidental dental care in nursing homes. *Spec Care Dentist*. 2013;33(5):227-31
54. Dyson K, Kruger E, Tennant M. Networked remote area dental services: A viable, sustainable approach to oral health care in hallanging environments. *Aust J Rural Health*. 2012;20:334-8
55. Hom J, Lee JY, Silverma, J, Cassamassiommo PS. State Medicaid early and periodic screening, diagnosis and treatment guidelines. *JADA*. 2013;144(3):297-305
56. Kranz A, Rozier RG, Presisser JS, Stearns SC, Weinberger M, Lee JY. Preventive services by medical and dental providers and treatment outcomes. *J Dent Res*. 2014;93(7):633-8
57. Grisanti S, Boyd L, Rainchuso L. An assessment model for evaluating outcomes in Federally Qualified Health Centers' dental departments: results of a 5 year study. *Journal of Dental Hygiene*. 2015;89(4):247-57
58. DiMarco M, Fitzgerald K, Taylor E, Marino D, Huff M, Biordi D, Mundy E. Improving oral health of young children: an interprofessional demonstration project. *Pediatr Dent Care*. 2016;1(2):1-9
59. Bain H, Goldthorpe, G. The University of Toronto "Sioux Lookout Project"-a model of health care delivery. *Canadian Medical Association Journal*. 1972;107(6)
60. Rozier R, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. *Journal of Dental Education*. 2003;67(8):876-85

61. Wysen K, Hennessy PM, Lieberman MI, Garland TE, Johnson SM. Kids Get Care: Integrating Preventive Dental and Medical Care Using a Public Health Case Management Model. *Journal of Dental Education*. 2004;68(5):522-30
62. Heuer S. Integrated Medical and Dental Health in Primary Care. *JSPN*. 2007;12(1)
63. Stevens J, Hiroko I, Ingersoll G. Implementing an Oral Health Program in a Group Prenatal Practice. *JOGNN*. 2007;36:581-91
64. Pine CM, Dugdill L. Analysis of a unique global public-private partnership to promote oral health. *International Dental Journal*. 2011;61 Suppl 2:11-21
65. Dugdill L, Pine CM. Evaluation of international case studies within 'Live.Learn.Laugh.': a unique global public-private partnership to promote oral health. *International Dental Journal*. 2011;61 Suppl 2:22-9
66. Brownlee B. Oral health integration in the patient-centered medical home environment: case studies from community health centers. Qualis Health/DentaQuest Foundation. 2012. <http://www.qualishealth.org/sites/default/files/white-paper-oral-health-integration-pcmh.pdf>. Accessed 1.07 2017
67. Maxey H. Integration of oral health with primary care in health centers: profiles of five innovative models. National Association of Community Health Centers. 2015. <http://nachc.org/wp-content/uploads/2015/06/Integration-of-Oral-Health-with-Primary-Care-in-Health-Centers.pdf>. Accessed 1.07 2017
68. Nycz G. The Importance of Medical/Dental Integration in the Care of Diabetes Patients. In: NASHP 27th Annual State Health Policy Conference. Atlanta, Georgia. 2014. <http://www.nashpcloud.org/2014-presentations/public/SESSION.23.NYCZ.G.pdf>. Accessed 30.06 2017
69. Taflinger K, West, E, Sunderhaus, J, Hilton, I. Health Partners of Western Ohio Integrated care case study. *CDA Journal*. 2014;44(3):182-5
70. Gesko D. Health Partners: Integrated care case study. *CDA Journal*. 2014;44(3):186-9
71. Ramos Gomez F. A Model for Community-Based Pediatric Oral Health: Implementation of an Infant Oral Care Program. *International Journal of Dentistry*. 2014;2014:1-9
72. Leavitt Partners. Dental care in accountable care organizations: Insights from 5 case studies. 2015. http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIBrief_0615_1.pdf?la=en. Accessed 1.07 2017
73. Acharya A. Marshfield Clinic health system: integrated care case study. *CDA Journal*. 2016;44(3)

74. Langelier M. The integration of oral health with primary care services and the use of innovative oral health workforce in Federally Qualified Health Centers. In: American Association of Medical Colleges Health Workforce Research Conference. Alexandria, Virginia. 2015. <http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2017/01/042015a.pdf>. Accessed 15.04 2017
75. Wooley S. Nganampa Health Council Denatl Program: Remote dentistry in the Australian Desert - Partnership or perish. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2016;27:61-6
76. Institute of Medicine and National Research Council. Settings in oral health. Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations. Washington, DC: The National Academies Press; 2015. p. 162-7
77. United Nations. Sustainable developmental goals. United Nations. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/>. Accessed 30.06 2017
78. World Health Organisation. Integrated care models: an overview 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf. Accessed 1.07 2017
79. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? 2010. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>. Accessed 13.12 2016
80. Curry M, Ham C. Clinical and service integration. King's Fund. 2010. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-serviceintegration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>. Accessed 1.07 2017
81. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions - Experience in eight countries. European Observatory of Health Systems and Policies. 2008. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf. Accessed 15.03 2017
82. Merzel C, D'Aflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *American journal of public health*. 2003;93(4):554-74
83. Silva de Souza T, Roncalli, AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2727-39
84. Guerra Aquilante A, Gurgel Aciole G. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):82-96

4.4. Article 4

Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Emami E. How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: A qualitative study. **PLoS One**. 2018 Oct 12;13(10):e0205465.

How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: a qualitative study

Auteurs: Hermina Harnagea¹, Lise Lamothe¹, Yves Couturier², Elham Emami³

¹ École de santé publique, Université de Montréal

² École de travail social, Université de Sherbrooke

³ Faculté de médecine dentaire, Université McGill

Reproduit avec permission des auteurs et du journal **PLoS One**

4.4.1. Abstract

Recently, new models for the integration of oral health into primary care have been proposed. However, these models may be adopted by a variety of health care systems, and will reach successful outcomes only if they can be adapted to suit the local context. To this end, the objective of this study was to explore the perceptions of Quebec primary health care teams on the integration of oral health into primary care.

Methods - A qualitative approach and interpretive description methodology were used to conduct the study within a case-study design. Purposeful sampling with maximum variation and snowball technique were used for recruitment of study participants. Seventy-four in-depth, semi-structured interviews and five focus groups were conducted with primary health care teams including health care providers and managers working in a rural and an urban health care center. The interview guide and study conceptual framework were based on the Rainbow model. Data collection and data analyses were conducted concurrently and continued until saturation was achieved. To analyze the data, four phases of qualitative analysis were followed. The thematic analysis included interview debriefing, transcript coding, data display, and interpretation. Data analysis was conducted both manually and with the use of Atlas-ti software.

Results - A total of four themes emerged from the interviews and focus group discussions. These themes covered all domains of the study theoretical model and included: 1) drivers of integration; 2) importance of integration; 3) professionals' role in integrated care; and 4) barriers and enablers of integration. In general, most of the barriers expressed by study participants were related to the organizational and system domains of integration.

Conclusion- Primary health care teams who provide care in rural and urban areas in Quebec expressed their concerns on the absence of integrated oral health services. Implementation of governance policies, the prioritization of educational and management measures as well as inter-professional collaboration toward innovative care models could facilitate this integration.

4.4.2. Introduction

Various health organizations have proposed the integration of oral health into primary care as an effective approach to improve access to oral health care¹⁻⁴.

Primary oral health care has been defined by Isman⁵ as “the integration of services that promote and preserve oral health, prevent oral disease, injury and dysfunction and provide a regular source of care for acute and chronic oral diseases and disabilities.” Although various demonstrations and pilot programs have shown promising results for the integration of oral health into primary care, the rate of implementation of this approach remains low⁶⁻¹².

Our comprehensive scoping review on this topic showed that one of the main barriers for primary oral health care is the lack of collaborative work and related suboptimal competencies of health care providers^{13,14}. Accordingly, in many countries strategic health care plans have been implemented to promote interprofessional collaboration, increase knowledge, improve skills, and shape positive attitudes towards primary oral health care. As an example, the US Health Resources and Services Administration has encouraged primary health care providers to develop competencies in the areas of primary oral health care including: risk assessment, oral health evaluation, preventive intervention, counseling and education and interprofessional collaborative practices^{15,16}. As defined by D'Amour and Oandasan¹⁷, interprofessional work : “The process by which professionals reflect on and develop ways of practicing that provide an integrated and cohesive answer to the needs of the client, family, and populations.”

In fact, interprofessional collaboration has been introduced as the main facilitator for the integration of oral health into primary care. However, several recent studies conducted in Europe and North America have shown that many general practitioners and other non-dental health primary care workforce still have limited knowledge on interprofessional practice extended to the field of dentistry, and often have negative attitudes toward the adoption of primary oral health care in their regular practice¹⁸⁻²³. Characterized by teamwork and effective communication between various professionals, the collaborative practice could vary based on working environment, health care policies, and stakeholders' perspectives, beliefs, and values in the real world of health care^{24,25}.

Understanding these values and identifying patterns among individuals' perspectives are essential for planning and implementation of collaborative practices oriented toward primary oral health care as well as holistic global health care.

Therefore, the objective of this study was to answer the following research question: How do primary health care providers and managers perceive the integration of oral health into primary care and its associated barriers and facilitators?

4.4.3. Methods

This study used qualitative research methodology within a case study design in a defined time and setting. Interpretive description, introduced by Thorne, was incorporated as a theoretical scaffolding²⁶. This qualitative methodology has been selected as it generates useful findings in the context of clinical applied health care disciplines and it allows understanding the characteristics, patterns, and structure of a clinical phenomenon. In the interpretive description, the researchers' foreknowledge of the studied phenomenon and in particular, their clinical expertise is considered to be the starting point for orienting the research design²⁷. The inquiry can then be refined as the research progresses and finally, in the context of integrated oral health care, the research results will inform health care organizations to design and build an infrastructure that will facilitate this integration^{26,27}.

Conceptual framework

The Rainbow model of Integrated Care introduced by Valentijn et al.²⁸ has been used as the study's conceptual framework. This framework has been revised after reaching a consensus through an international Delphi process. According to this revised framework the integrated care can be extended from person-focus care to a well-defined population with specific needs²⁹ and on four levels: clinical, professional, organizational and system integration. The normative and functional integration has been identified as enablers of integration process.

Study context and setting

In Canada dental care is mostly private thus costs are out-of-pocket or covered by employer-based insurance or via restricted specific programs for priority population. Such programs vary amongst province. In Quebec, publicly-funded dental care covers some priority population such as children under 10 years old, individuals covered by social insurance or those with special needs who receive hospital-based dental care. In 2015, in order to optimize quality, continuity, and accessibility of health care services, the Quebec Ministry of Health and Social Services changed the health care organizational structure by merging 182 health care organizations in different health regions into the creation of 34 integrated health and social services centers (HSSIC).

This research study was conducted in two public health care centers in the province of Quebec, Canada, from November 2016 to October 2017. The selection of study mega-centers (cases) was based mainly on their territories and population served. The first health care center serves an exclusively urban territory and offers services to a diverse population including a high number of seniors and new immigrants. The second health care center covers a larger territory including rural, semi-rural, and urban regions. In the latter center, the vast majority of the population consists of residents of the most disadvantaged rural region in Quebec. In both centers, oral health care services within the primary care sector were dispensed via the public health department under the supervision of a local public health dentist, offering free preventive oral health care services exclusively to children via center-affiliated dental hygienists.

Participants' selection

Purposive sampling, a maximum variation strategy, and snowball technique were used to identify and recruit study participants^{30,31}. Their eligibility criteria included being from the primary health care sector and having a least one year of work experience in this sector. The study participant recruitment continued until data saturation was reached.

Data collection

Semi-structured interviews and focus group discussion were used as data collection methods. The focus groups included main teams of primary health care (public health, home care, children

and youth health services) and were organized to stimulate the discussion between the study participants. Focus groups are particularly useful to explore shared visions and the degree of consensus on a specific topic³². The combination of two methods allowed gaining detailed, in-depth understanding of various professionals' perspectives in addition to generating new insights from group reflection and a dynamic, real-world peer-to-peer interaction³³.

A preliminary interview guide (Additional file) with open-ended questions was developed by the research team (HH, YC, LL, EE), based on the Rainbow model and the existing literature on primary health care integration. The interview guide contained general questions on the role of health care providers in primary care, and specific questions related to oral health: population oral health needs, oral health evaluation processes, as well as clinical, organizational, professional, functional, normative, and systemic factors influencing oral health integration into primary care. The interview guide was pilot-tested to ensure the clarity of questions, and necessary adjustments were made accordingly.

The research team has considerable experience in qualitative research and the doctoral candidate (HH) was trained in advance in qualitative research interviewing methods to collect the data. At the beginning of each interview and focus group, the interviewer (HH) introduced herself, provided information on the study, and explained the procedure. Then informed written consent was obtained from each study participant.

The audio-recorded face-to face (n=58), telephonic interviews (n=6) and focus group discussions (n=5) lasted around 60–90 minutes and took place in the primary care sector of each health care center. The telephonic interviews were conducted to address some participants' inability to participate in focus groups or face-to-face interviews because of time constraints.

Data collection and analysis were performed concurrently. This approach allowed us to expand the content of interviews and focus groups based on field-notes and ensured the reflexivity of researchers as well as validity of the saturation level^{34,35}.

Ethical approval was obtained from the institutional review board of the Université de Montréal and health care centers.

Data analysis

Following a thematic content analysis³⁵, four phases of qualitative analysis were identified as detailed by Bengtsson³⁴: 1) decontextualization; 2) recontextualization; 3) categorization; and 4) compilation. Each of these stages was revised by other research team members who had deep knowledge on the integration concept in different disciplines. The involvement of an interdisciplinary research team prevented errors in data analysis, personal and interpretation bias, and ensured that no relevant data were excluded, thereby maintaining the confirmability and the credibility of the analysis³⁴.

In the phase of decontextualization, transcription of data was performed with repeated examination of recorded data by the first author (HH). Debriefing and reflexive field notes made it possible to better understand the context and the participants' discourse. Then, an "inductive open coding process" followed³⁶. The content areas were identified and accordingly, the text was divided into meaning units, which were subsequently condensed and transformed into codes. The use of a code explanation document facilitated the tracking of coding decisions, and maximized the dependability of the data analysis³⁷.

In the recontextualization phase, codes were reviewed against the original interview transcriptions. The research team regularly and thoroughly discussed uncertainties in coding and interpretation, and obtained agreement to ensure the study's credibility.

In the phase of categorization, codes with similar conceptual content (meaning units) were grouped to identify the themes (Table 7).

Table 7 – Example of a code tree

Quotation	Open codes	Family	Category	Theme
"We work a lot with mothers from the SIPPE program, we worked with fathers too, but we see a lot of mothers in prenatal classes ... we do follow-ups for oral prevention." (P1)	Counseling and follow up - mothers and children +low income	Preventative needs - mothers and children +low income	Oral health needs - mothers and children +low income	Oral health needs as driver of integration

"When I see that the tooth has an abscess, that it is swollen, [...], I include oral hygiene in my plan." (P3)	Complicated caries Hygiene instructions (children)	Treatment for complicated caries (children) Preventative needs (children)	Oral health needs in children
"I see oral trauma, tooth loss, bleeding in the mouth [...] avulsed teeth ... yes, we see [...] Alzheimer patients, they have food in the mouth, I see it between the teeth." (P57)	Dental trauma and bleeding (adults) Hygiene (cognitively impaired elderly)	Dental emergency treatment (adults) Preventative needs (cognitively impaired elderly)	Oral health needs in adults Oral health needs in cognitively impaired elderly
"Our young mothers think that the first teeth are not important, that we do not have to take care of them [...] I have already seen a little baby a ... little child at a given moment not even able to chew or to eat an apple because it's just ... all his teeth were affected by bottle decay; so oral hygiene is not always well done. We had a person, we said !! the lady always has bad breath. This person wanted to eat more, but she couldn't; we saw this poor lady, her mouth was full of abscesses [...] Even for dentures you know? They don't do it [hygiene] anymore..." (P28)	Oral health education in young mothers ECC Hygiene (cognitively impaired elderly) Treatment complicated caries (elderly) Dental prosthesis hygiene	Preventative needs in mothers Caries treatment for children Preventative needs cognitively impaired elderly Dental treatment for elderly Prosthetic needs in elderly	Oral health needs in mothers Oral health needs in children Oral health needs in cognitively impaired elderly
"It could be trauma, it could be cancer." (P33)	Dental trauma Oral cancer	Dental emergency treatment Dental treatment (older persons)	Oral health needs (older persons)
"We still give the info, during the post-natal visit, you do not put the baby to sleep with the bottle, I give them advice for little things like that and what to put in the bottle too. A little basic information." (P11)	Information Education	Preventative needs (mothers)	Oral health needs (mothers)
"[...] poor hygiene, abscesses" (P29)	Complicated caries Hygiene (children)	Treatment for complicated caries (children) Preventative needs (children)	Oral health needs in children
" Once I had 2 teenagers, both had really poor teeth, totally [...] it was obvious that ... the little boys never smiled, they had bad breath coming out of their mouths, as a teenager you want girl friends, you want friends, and	Complicated caries (teens)	Treatment for complicated caries (teens) Preventative needs (teens)	Oral health needs (teens)

you smell very bad, who'd want to be friends with you?"(P5)				
---	--	--	--	--

Finally, the last stage (compilation) comprised analysis and interpretation. Although descriptive, the manifest analysis was followed by a latent analysis to understand hidden meanings of the original texts.

In the data interpretation, similarities and differences in rural and urban settings as well as the literature findings were considered, to maximize the transferability and authenticity of the research. Trustworthiness of the study was maximized by using principal guidelines in qualitative research³³. A respondent validation³⁸ was performed with 5 individuals.

Data analysis was conducted manually and was assisted by the use of Atlas-ti software (ATLAS-ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany).

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) were followed.

4.4.4. Results

Study participants (n=91; men=9; women=82) included general practitioners (n=9), nurses (n=15), social workers (n=21), managers (n=14), educators (n=10), nutritionists (n=5), occupational therapists (n=5), a speech therapist (n=1), dental hygienists (n=4), dental consultants (n=2), and dentists (n=5). The study participants' work experience in primary health care varied from 1 to 32 years.

A total of four themes emerged from the interviews and focus group discussions and included: drivers of integration; importance of integration; professionals' role in integrated care; and barriers and enablers of integration. These themes covered all domains and dimensions found in the study's theoretical model: professional, organizational, clinical, functional, normative,

and systemic; and at three levels: macro, meso, and micro level. Representative quotations illustrate how the interpretations were grounded in the data.

Drivers of integration

This theme comprises two sub-themes as detailed below.

Oral health care service missing in publicly funded health services

The majority of study participants stated that, at the organizational and clinical level, integrated oral health services were either completely absent or largely insufficient in their primary health care organization:

"When our older patients need extractions, we are forced to refer them to hospitals [...] it's very, very difficult and complicated. As [a doctor] I do not have support from a dentist. I find it very difficult to get this service."(P28)

"I think there is a major problem, there is a lack of service ... it is inconceivable to see."()
"There is no program to address the condition of teeth, prostheses, these things, and then if it needs to be paid for, well ... people do not go there"(P26)

Oral health needs as a driver of integration

Regarding the scope of an integrated care approach, both person-centered and population-centered needs were reported by study participants. For example, at the clinical level, for newborns and children, needs included parent's lack of awareness and education on oral health, teeth/oral mucosa trauma and pain, oral-health-related problems in rare/genetic diseases, and lack of general anesthesia services for special needs children (intellectual or physical impairments).

"We are seeing children who refuse to eat, or children who have no weight gain ...children who do not eat because they have toothache."(P4)

"We need education, that's really what we need [...] One of the things I see here is that children are drinking a lot of pop, everybody drinks a lot of pop, most people drink a bottle of pepsi everyday... No, nobody drinks water here, doesn't taste good apparently... So there has

to be sugar in the water, and it's better if it's pop and it's very hard to get them to go off it. So we're dealing with... they get it at home, they get it very young, before they're even in school, so maybe it has to start with the nurses... We have really good perinatal and early childhood nurses who see them for the vaccination, and they are the ones who work really close especially with these very underprivileged mothers.” (P18)

“We have certain children who need general anesthesia to remove caries, because they have intellectual impairments, they have autism or other disorders.” (P23)

Regarding elders, especially those staying in long-term health care facilities, the majority of health care providers highlighted an increase in the demand for integration of oral health into primary care because of an increase in the number of patients with multi-morbidities, impaired physical and mental health, as well as evolution in their oral health needs:

“At the beginning of my practice in 2002, most of the residents had dental prostheses; it was easy to clean, but now more people keep their teeth and the dental health is often bad, the teeth are missing, decayed, and in bad condition.” (P18)

“For sure, we need a dentist, we need a dentist because the people ... the elderly ... like today a day at minus 30 [degrees], if someone has a problem I am obliged to put them in an ambulance, or in an adapted transport, to send them here to the village.” (P9)

Importance of integration

The non-dental health care providers, especially those being sensitive to health care challenges of vulnerable populations or tasked with patients' oral health evaluation (e.g., nutritionists, occupational therapists, and nurses), were in agreement that the integration of oral health into primary care fits into the concept of holistic primary care and they considered it instrumental for the prevention of diseases and improving access to oral health care for specific populations:

“... it's the gateway to services ... for all services” (P11)

“The mouth is important... When someone wants to express themselves ... they are embarrassed, because there is bad breath or ... because there is pain, caries ... the food ... they don't dare to smile, no.” (P19)

In the context of functional integration, they also highlighted the challenges of non-integrated care and its negative impact on general health:

“Well, generally I would not do that [evaluation and care of mouth], but I can realize the consequences of not doing so—either that the person is going to choke because she’s going to bed with food in her mouth, deterioration of the teeth will happen, and we may have an infection because there are cavities that settle in ... after that there is an even more serious physical problem that will settle in.” (P18)

“There are some dentists... they refuse to take care of patients, especially those on welfare, for financial reasons, that's why for me it's a big problem... It's a problem we would not have if they were integrated into the health care network.” (P32)

Although the dentists participating in the study were not familiar with the concept of integration, they agreed that integration processes are necessary to improve the access to oral health care for vulnerable populations:

“...to be included in the RAMQ; personally, I had people who could not afford to pay for an extraction, then I think that in our society this should be a minimum. Minimum. If it is a tooth that has to be extracted because there is an infection, an apical lesion, periapical, pus that comes out everywhere...Even if it needs a root canal, if the person does not have the means, then she does not have the means ... so minimally if it could be relieved by extracting the tooth. It happens! people who just ... cannot afford to pay for an extraction ... and that's ... it's inhuman for me to say ... ok, bye, take medicine, it'll hurt you again in two weeks...” (P77)

However, a few general practitioners emphasized that the problem of access to “needed care” will not be resolved by integration:

“I do not see the advantage of integrating these things. If you really want to have an advantage for the population, they should have access to dental and oral care, free of charge. In my region, which is very poor, if we really want to improve the oral health of the population, we should first improve access to these services, not integrate them ... First of all.” (P31)

“I have the impression that it has to be public, it should be a public service, because if you want to do an integration it would have to be uniform for all the patients ... and not only for some patients who have some ability to pay.” (P60)

Professionals’ role in integrated care

In regard to professional integration, general health care providers positively perceived this integration and the majority considered oral health integrated care necessary to better accomplish their professional role. This role was described as participation in linkage and/or coordination processes.

"There are vulnerable families, but sometimes you have to push, make the calls for them, because they do not have the instinct to call, make an appointment right now [...] so we will try to push for them to be seen by a dentist." (P16)

In the rural center, where the primary health care team included a dental hygienist, integration was reported as a coordination process including oral health screening to identify patients with special needs, sharing knowledge and clinical information as well as facilitating the transfer between settings:

"We have X [the hygienist] who interacts with us a lot, if there are things we do not know, we ask questions, we talk, we make visits with her, we refer." (P16)

However, the majority of the health care providers believed that they didn't have the necessary competencies to play an important role in oral health care and they highlighted the need of adding dental workforce to their team.

"I think I would have less work because at the moment any problem of the patient is referred to me, even though I am not the most competent person to evaluate it; any health problem so oral health problems too, even if my therapeutic arsenal is an antibiotic and a painkiller, it makes me think sincerely that, if there were a second, third line integrated, oral health problems would be referred directly to professionals more qualified than me, then I wouldn't have to take care of this area, which is really not my specialty. I have the impression that if we had an integrated service it would be less work for me and not more." (P24)

"In my point of view, the role of a doctor is mainly to cure the disease, it is especially the second line, it's not so much prevention. When you are really sick I think you need a doctor who knows what he is doing and how to do it. [...] I have enough problems to be a good doctor to cure diseases; it's going to take me more time for something that should be done by public health..." (P26)

“It's true that it's a situation that sometimes puts us in funny positions, because it's not our specialty ... then we can talk about parental skills, we can talk about ...the ways of doing things, what if he was getting it done by his mother, you know? [...] it's not necessarily my role and it becomes more delicate, but we ... we talked about it ... I recommended things, but I could not go too far either in this area ...” (P52)

Some study participants considered that dental hygienist could play a role in primary health care because of their implication in preventive and public health approaches:

“[...] maybe a hygienist, because the young clientele is quite large.” (P59)
“I think, I see less the role of dentist ... because we are in the primary care, prevention, ... it would be more... I would see more a hygienist...” (P48)

“Well, I have the impression ... tell me if I'm wrong ... but it would be more to the level of dental hygienist you know? [...] I think that our need, for the patients, would be more a dental hygienist in the sense that it is more awareness that we need... There are also serious cases, but it's less our daily life, I think it's more awareness and, hygiene.” (P49)

Barriers and enablers of integration

Table 8 presents a summary of the barriers and facilitators and their representative quotations.

Table 8 – Emergent themes of barriers and facilitators

Domain/ Level	Barriers	Enablers
	Themes	
<i>Clinical integration (MICRO)</i>	<p>Fragmented care</p> <p><i>“They [dentists] are not a part of [the system]... when you need them to be there, you always have to go outside and it can take a lot of time. The fact that we have delays in these services... is because they are not integrated with us, are in another nucleus, completely separated.”(P27)</i></p> <p><i>“... so, at the hospital I do not think there are dentists doing surgeries, when we need to have our teeth extracted, which is often in the elderly, we have to</i></p>	

	<p>go to hospitals in M., which offer general anesthesia service, and it's very, very difficult and complicated [...] so that's a big, big problem, that we have no service on this side."(P33)</p>	
<p>Professional integration (MESO)</p>	<p>Suboptimal competencies <i>"Patients with Parkinson's... things like that, I have no idea what to do, how to treat them " (dentist) (P67)</i></p> <p><i>"We will not at all be ready for it, we are not trained for that. The only things I remember learning in school are for example people who have a handicap... severe arthritis, well the tennis ball to help them then what?... We could continue to learn about these things, but I do not feel confident to act like that in front of a patient in his universe... Then he doesn't want me to put my hand in his mouth and then he can be aggressive... this is too... it's too complex, delicate, we're not ready for that."(P45)</i></p>	
<p>Organizational integration (MESO)</p>	<p>Implementation challenges <u>Subtheme: Time constraints</u> <i>"Then on top of the PAB work tasks we do already, taking on training on top of that? We are overwhelmed."(P16)</i></p> <p><i>"Sometimes we are out of time too, as nurses, we're on the road, you know? We see 5-6 -7 sometimes 8 patients, that is... we are more... in the dental field we are more limited, we must stay on schedule, it is something that we leave aside, easily."(P17)</i></p> <p><u>Subtheme : Shortage of human resources and cost of services</u> <i>"We need staff, time, we have to, right?, (...) it involves all the staff, it involves quality staff, sufficient staff who... depending on the roles they play, nurses... more personnel, we are defective at this level, the number of</i></p>	<p>Care coordination mechanisms and interprofessional collaboration <u>Subtheme: Case management</u> <i>"Yes, it's always an interdisciplinary team and we all know each other. Then everyone has his/her own agenda and then let's say... aaa... anything... after 7 weeks, ... follows the 8th when the dental hygienist comes, and I inform the dental hygienist how it's going... The baby is 9 weeks old, you can go, all that, then each person has his schedule and once it's done we fill in the intervention plan on file."(P23)</i></p> <p><u>Subtheme: Interdisciplinary planning</u> <i>"...I think it's like a kind of intervention plan with all the different services, where, for example... the nurse, the school social worker and the dental hygienist will sit down then they will make an intervention plan in relation to the services, the needs of that client. I see it like that, integrating is where all the services are bound together in order to better help the child. "(P7)</i></p> <p><i>"We saw that it works well, then we integrated it into our action plan, so we schedule an appointment... we notify J [the hygienist]... We then have to go together to visit the resident... the follow-ups work better with vulnerable residents especially."(P23)</i></p>

	<p><i>personnel, we don't have enough, and in sufficient numbers to give adequate care..."(P19)</i></p> <p><i>"We see the need, but we are short of manpower... We have no manpower to adequately meet the needs of the elderly." (P18)</i></p>	<p><i>"If the hygienist notices disorders unrelated to teeth, she will draw my attention to them. Likewise, If I see something wrong with teeth I would notify her, we always worked well together."(P22)</i></p> <p><u>Subtheme: Interdisciplinary education and training</u></p> <p><i>"I think that an aspect to be prioritized would be the training."(P24)</i></p> <p><i>"We need education... this is what we need." (P19)</i></p> <p><i>"We should have more staff, well trained staff. We agree that everything to do with nursing, everything evolves, like all other things, everything evolves, so we must be trained to keep up accordingly."(P38)</i></p>
System integration (MACRO)	<p>Oral health a low priority for health policy makers</p> <p><i>"I see [the DG], then she is full of good will, but even if she decides in a year that she prioritizes BD care, then the ministry makes budget cuts, then other things happen, well, BD care is going to sit there then, isn't it? That's it, it's politics, but it's the reality."(P51)</i></p> <p><i>"If the management does not agree, it will not work, it is necessary that the management adheres also."(P5)</i></p> <p><i>"Planning for dental care enrollment in institutions is not a priority at this time."(P88)</i></p>	<p>Governance mechanisms</p> <p><u>Subtheme: Supportive policies</u></p> <p><i>"The other element that would be important is a legislative amendment for the representation of dentists in the decision-making bodies of institutions. To be more clear, the legislative changes that have been made at the level of the CMDP of QC don't allow dentists to participate; there are seats reserved for the establishment's Board of Directors for a representative of the medical specialists, there is a reserved seat for a representative of nurses, there is a reserved seat for a representative of GPs, can a dentist have access to one of these seats?"(P88)</i></p> <p><u>Subtheme: Budget allocation and fundraising</u></p> <p><i>"We always look in the community to see how we can proceed, but then it's case by case, right? To see what the difficulty is, is it financial, is it a transportation problem, or similar things, but we have partners in primary care as we have Transport Action, who can help the people, drive them... You pay a certain amount, then you are able to go to town or sometimes if it's medical, you can have it for free, so, we help with that and then we ask for subsidies from the population of... people in communities like the Lions Club, things like that, non-profit charitable organizations, or similarly businesses try to... do fundraising, we look at each case, what it needs and what we can do to help."(P10)</i></p> <p><i>"I'll answer you... there is money that can help, funding."(P2)</i></p> <p><i>"I had 2 teenagers, for both of them their teeth were really bad, totaled, then anyway... everyone said you have to do something about that... anyway, I asked, I made requests for donations for them, I had their teeth extracted, we saw a dentist... and then we managed to do their teeth... after that I asked for donations to be able..., and so finally we gave back the smile to the children; it took me 3 years</i></p>

		<p>really, 2 years and a half, 3 years to succeed, to achieve that." (P13)</p> <p><u>Subtheme: Interorganizational agreements</u></p> <p>"Like here, there is something new here, such as someone who falls, who is suspected of having a fracture... instead of sending them to the emergency room, we have the option at the CLSC to do it and the resident is coming back, so it could be something... a service corridor for the entire organization, I think a service corridor with a dental clinic could be very relevant there." (P30)</p> <p>"Maybe there would be the creation of partnerships because dentists are often private practices, it's not like in the hospital where you can send someone, in case of an emergency... at the level of integration ... it might be nice to have a partnership with a clinic that would be affiliated." (P11)</p>
Functional integration		<p>Innovative models</p> <p>"You have to participate in the system, as part of pilot projects, and then allow for... let's say... more creativity, in modeling, to try different models and not be constrained in frameworks, mainly at the level of remuneration. To have creative frames. Thus to create models so that you get paid differently." (P88)</p> <p><u>Subtheme: Guidelines and protocols development</u></p> <p>"But what I understand from what the team said, is that there is a need for tools, to equip themselves, to say when I, for example, me as SW, how do I address myself to the person to say: oh, my god, it stinks... We do not want to say that, because it undermines the bond of confidence that we have. Sometimes we have fairly complex files, but how can we prepare our employees so that they feel a little more comfortable?" (P70)</p> <p>"So... there will be patterns of communication, we could develop... general rules, in general, the patient, we could do this, we could do that, a kind of protocol we could implement to facilitate things." (P21)</p> <p>"Clinical tools, protocols, transfer card, work plans, I do not know what a good oral assessment implies, it's once a week, a month? We..., I don't have much time to take care of wounds, or feet, well, we'll just spend 10-15 minutes, we'll just... we'll get through, today it is oral health, because yes... oral health is important." (P39)</p> <p><u>Subtheme: Co-location</u></p> <p>"The fact of having him in the team, of being able to... let's suppose being able... physically... to be able to talk to him about cases, then to see a bit of his... I think that it helps a lot in terms of the confidence that we can have in this profession, in this staff." (P70)</p>

		<p><i>"I do not know... maybe it would be working together physically in the same establishment, with a dentist, working together, then meetings to share each other's concerns, and then an exchange, a communication and then an integration of what... we work together." (P44)</i></p> <p><u>Subtheme: Developing performance indicators</u></p> <p><i>"We go with perceptions... a deep belief, but we cannot measure the effectiveness of this type of professional." (P45)</i></p> <p><i>"We already had some... other types of professionals,... you met them there... the lady... dental hygienists... in schools, it's difficult to assess the impact if... if I was asked if we need 5 more or so... if we can prove statistically, with... with numbers I do not know; say we went to around 6 to 10 residences, we noticed 60% or 80% have problems... and worse, 20% major ones and this is something we should put in place, then there... we could ring a bell." (P6)</i></p>
Normative integration		<p><u>Shared vision</u></p> <p><i>"All employees do prevention here. So, everyone is in primary care, but also with a prevention component... Because we said it's an important part." (P23)</i></p> <p><u>Leadership</u></p> <p><i>"Is it allowed!?... We decided to implement it [hygienist as a team member] because we noticed... I'll tell you something, we implemented prenatal classes too. Because we decided this is an important part, the same thing with the nutritionist, then we looked at the development of the child, I am also a psycho educator, therefore, we looked at the development of the child then this is it, we decided it's important at a certain age, the appearance of the teeth, the baby bottle... anyway, plenty of such things, then we concluded that is the time when the hygienist should intervene." (P23)</i></p>

In general, most of the barriers expressed by study participants were related to the organizational and system domains of integration. These included the lack of health policies and governance mechanisms to facilitate the delivery of oral health services in the continuum of care. These gaps and other factors such as lack of competencies, shortage of qualified and trained primary care providers, and high costs of integrated services were most reported as barriers to primary oral health care.

The most frequently reported facilitators were situated at the meso level and in fact represented the primary health care providers' wishes for their health care organizations since the integration

has not been realized in these organizations. These included the optimization of coordination mechanisms and interprofessional collaboration in the professional domain as well as supportive policies in the system integration domains, at the macro level. Other facilitators included budget allocation, fundraising strategies, and innovative care models.

4.4.5. Discussion

This study explored the perceptions of primary health care teams on the integration of oral health into primary care. To our knowledge this is the first study conducted in Canada on this concept. Our results showed that in general, and regardless of geographical location of health care organizations, oral health care services were perceived as absent in the primary public health care sector and integration was seen as a vehicle to respond to the clientele's oral health needs.

The importance of oral health integration into primary care seemed to be rooted in the perceived oral health needs of priority population groups including children, adolescents, and elders, and was linked to the providers' incapacity to address these needs in the current health care system in Canada. Furthermore, primary health care teams both in rural and urban health care centers reported an association between the oral health needs of the priority population and their professional roles. These results are in line with the findings of previous studies^{39,40} that demonstrated the positive impact of perceived professional responsibility on integration processes and collaborative practices. In our study, these collaborative practices were mostly expressed in terms of linkages and coordination processes. Furthermore, although the lack of primary oral health care services and the importance of oral health care integration were highlighted by the study participants, they did not have concrete ideas on the mechanism of integration into their current practice. Thus, for some general practitioners, specially those working in rural areas, the concept of integration was not considered as an element of public health as long as services are not free of charge. These issues can be explained by the fact that primary care providers understand the clinical operational processes of integrated care better than theoretical models, taxonomies, and parameters of integrated care. Furthermore, dental and oral health care is considered mostly as a secondary line of care provided solely by dentists. Several previous studies^{41,42} concluded that oral health promotion and prevention of oral

diseases must be “everybody’s business.” Our study adds to these findings that the progress of oral health integration into primary care necessitates tailored designs and role-specific approaches which take into account each profession’s needs in practice, analyzing both context and group interrelations. Professionals’ age did not appear to be a contributing factor in integration. In our study older and more experienced professionals expressed generally the same views as younger ones. On the other hand, rurality seemed to empower positive perception on the integration via interprofessional collaboration. This could be explained by the oral health needs that vulnerable populations encounter in rural and remote areas.

There was largely a consensus across health care providers of various disciplines on the types of barriers and facilitators in terms of primary oral health care, but the importance accorded to these varied from one discipline to another. For example, at the micro level, in the clinical integration domain, in silo practices was a barrier reported mostly by general practitioners and dentists, leading to fragmented care and absence of structured coordination mechanisms. There is a global knowledge that oral health is part of general health and thus exclusion of dental care from primary care can lead to major harms to patients’ health^{43,44}. Despite various initiatives intended to close the gap between medical and dental care through integrated health care programs, lack of coverage of dental care by medical insurance and the limited number of dentists working in the public sector remain major problems to address in meeting the oral health needs of priority populations^{6,45}.

Our study results are in line with previous studies that recommend the development of core competencies for primary care providers as the strategy to address this barrier^{12,15,16}. Increasing the education and training of primary care practitioners will lead to early detection of oral diseases and will empower preventive approaches⁴⁶.

Some participants raised aspects of ageism, age discrimination in providing care for elders, especially when prevention is of interest. This could be related to several issues such as limited empirical evidence for treatment of chronic diseases, health professionals’ view of aging as a process of decline, and preferences for using their knowledge and skills to cure acute illnesses rather than managing chronic conditions.

Some studies have shown that practice integration could be facilitated through interventions that don't require additional resources⁴⁷. Structured protocols and the history of collaboration of primary care teams with dental hygienists through public health programs in Quebec seem to have contributed to oral health awareness among the primary care providers. Therefore, the integration of oral health care into primary care teams could be realized by the addition of allied dental workforce to the primary care teams without adding substantial cost to the health care system.

In regard to the organizational integration, time constraints and roles ambiguity seem to be important barriers in the provision of oral health care by members of health care teams such as nurses and social workers. However in terms of functional integration, limited interoperability of information systems, lack of appropriate tools and guidelines, as well as various logistical aspects such as dentists' remuneration policies or dental equipment availability were reported by study participants as demotivating factors in adopting integration processes in interdisciplinary teams. At the macro level and in the systemic domain, lack of human resources, integrated services costs, and low political priority accorded to oral health were reported mostly by managers. These findings were similar to results of our recent scoping review¹³ on the integration of oral health into primary care.

Several limitations should be noted for this study. First, our study didn't include the perspectives of patients in regard to the integration of oral health into primary care. Secondly, our results cannot be considered as exhaustive due to their sensitivity to the teams and context. Third, like any qualitative study, the researcher was the primary instrument for data collection and analysis. Despite this inevitable subjectivity of the study, considerable overlap of some thematic content across health care disciplines suggests that there is a shared understanding of integration aspects and that our findings might be transferable to other settings. Further studies are needed to explore the extent of providers' views and to address the various levels of integration in order to deliver oral health care in the primary care sector. These studies should include patients' perspectives on integrated care, to provide patient-centered primary oral health care.

4.4.6. Conclusion

Primary health care teams who provide care in rural and urban areas of Quebec expressed their concerns on the absence of integrated oral health services. Implementation of governance policies, the prioritization of educational and management measures as well as inter-professional collaboration toward innovative care models could facilitate this integration.

4.4.7. References

1. American Academy of Paediatrics. Preventive oral health intervention for pediatricians. Paediatrics. 2008;122:1387-94
2. British Society for Disability and Oral Health. Clinical guidelines and integrated care pathways for the oral health care of people with learning disabilities. 2012. Available from: http://www.wales.nhs.uk/documents/BSDH_Clinical_Guidelines_PwaLD_2012.pdf
3. Canadian Academy of Health Science. Améliorer l'accès aux soins de santé buccodentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada. 2014. Available from: http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Am%C3%A9liorer-l'acc%C3%A9s-aux-soins-de-sant%C3%A9-bucco-dentaire-pour-les-personnes-vuln%C3%A9rables-vivant-au-Canada_Sommaire-et-recommandations.pdf
4. FDI World Dental Federation. The challenge of oral disease - A call for global action 2015. Available from: https://www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf
5. Isman RE. Integrating primary oral health care into primary care. Journal of dental education. 1993;57(12):846-52
6. Close K, Rozier RG, Zeldin LP, Gilbert AR. Barriers to the adoption and implementation of preventive dental services in primary medical care. Pediatrics. 2010;125(3):509-17
7. Helderma W, Mikx F, Begum A, Adyatmaka A, Bajracharya M, Kikwilu E, Rugarabamu P. Integrating oral health into primary health care--experiences in Bangladesh, Indonesia, Nepal and Tanzania. Int Dent Journal. 1999;49(4):240-8
8. Pronych G, Brown EJ, Horsch K, Mercer K. Oral health coordinators in long-term care -a pilot study. Special Care in Dentistry. 2010;30(2):59-65
9. Rozier R, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. Journal of Dental Education. 2003;67(8):876-85

10. Skeie M, Skaret E, Espelid I, Misvaer N. Do public health nurses in Norway promote information on oral health? *BMC oral health*. 2011;11(23):1-9
11. Wysen K, Hennessy PM, Lieberman MI, Garland TE, Johnson SM. Kids Get Care: Integrating preventive dental and medical care using a public health case management model. *Journal of Dental Education*. 2004;68(5):522-30
12. Cane R, Butler DR. Developing primary health clinical teams for public oral health services in Tasmania. *Australian Dental Journal*. 2004;49(4):162-70
13. Harnagea H, Couturier, Y, Shrivastava, R, Girard, F, Lamothe, L, Bedos, P, Emami, E. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open* 2017. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016078
14. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer, R, Charbonneau A, Emami E. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*. 2018
15. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health strategic framework 2014-2017. U.S. Department of Health and Human Services. 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765973/>
16. U.S. Department of Health and Human Services. Integration of oral health and primary care practice. Health Resources and Services Administration. 2014. Available from <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/primarycare/integrationoforalhealth.pdf>
17. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl.1):8-20
18. Andersson K, Furhoffs AK, Nordenram G, Wardh I. "Oral health is not my department" Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007;21(1):126-33
19. Barnett T, Hoang H, Stuart J, Crocombe L. "Sorry I'm not a dentist": perspectives of rural GPs on oral health in the bush. *MJA*. 2016;204(1)
20. Chung J, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Special Care in Dentistry*. 2000;20(1):12-7
21. Di Giuseppe G, Nobile, C, Marinelli, A, Angelillo, I. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC public health*. 2006
22. Lewis C, Lynch H, Richardson L. Fluoride varnish use in primary care: what do providers think? *Paediatrics*. 2005;115:e69-76

23. Mac Entee M, Thorne S, Kazanjian A. Conflicting priorities: oral health in long-term care. *Special Care Dent.* 1999;19(4)
24. Bruner. P. W, R. Providers' perspectives on collaboration. *International Journal of Integrated Care.* 2011;31
25. Nowjack-Raymer R. Teamwork in prevention: possibilities and barriers to integrating oral health into general health. *Adv Dent Res.* 1995;9(2):100-5
26. Thorne S. Interpretive description. Walnut Creek, Calif.: Left Coast Press; 2008
27. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. . Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health.* 1997;20(2):169-77
28. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeel, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013(Jan–Mar)
29. Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Bruijnzeels MA. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Fam Pract.* 2015 May 22;16:64. doi: 10.1186/s12875-015-0278-x
30. Sadler G, Lee HC, Lim RS, Fullerton, J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nurs Health Sci.* 2010;12(3):369-74
31. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health.* 1995;18(2):179-83
32. Morgan DL, Krueger, RA. (1993). When to use focus groups and why. In D. L. Morgan (Ed.), *Sage focus editions*, Vol. 156. *Successful focus groups: Advancing the state of the art* (pp. 3-19). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc
33. Patton M. *Qualitative research evaluation methods.* 3rd ed ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2002
34. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open.* 2016;2:8-14
35. Smith C, Atkinson JW, McClelland DC. *Motivation and personality: handbook of thematic content analyses.* Cambridge University Press; 1992
36. Berg B. *Qualitative research methods for the social sciences.* Allyn and Bacon, Boston; 2001
37. Catanzaro M. *Using qualitative analytical techniques.* The CV Mosby Company, St.Louis; 1998

38. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 1991;11:461-6
39. Hallberg U , Klingberg G . Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci* 2005;113:363–8
40. Haughney MG , Devennie JC , Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J* 1998;184:343–7
41. Lamb AM. Prevention and health--everybody's business. *Health Visit*. 1976 Apr;49(4):114-5
42. NHS Providers. Public health: Everyone's business? Available from: <https://nhsproviders.org/media/3791/public-health-everyones-business.pdf>
43. Noble JM, Borrell LN, Papapanou PN, Elkind MS, Scarmeas N, Wright CB Periodontitis is associated with cognitive impairment among older adults: analysis of NHANES-III. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009; 80(11):1206-11
44. Aida J, Kondo K, Yamamoto T, Hirai H, Nakade M, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Oral health and cancer, cardiovascular, and respiratory mortality of Japanese. *Journal of Dental Research* 2011; 90(9):1129-35
45. Nolan L , Kamoie B , Harvey J , et al . The effects of state dental practice laws allowing alternative models of preventive oral health care delivery to low-income children Center for health services research and policy. 2003. Available from: https://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/DHP_Publications/pub_uploads/dhpPublication_5F628DDE-5056-9D20-3DFE0BE817BF82D7.pdf
46. Langelier M , Moore J , Baker BK , et al . Case studies of 8 Federally Qualified Health Centers: strategies to integrate oral health with primary care. Rensselaer, NY: Center for Health Workforce Studies, School of Public Health, SUNY Albany, 2015. Available from: <http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2015/11/FQHC-Case-Studies-2015.pdf>
47. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008;8(1):38. doi:10.1186/1472-6947-8-38

4.5. Article 5

Harnagea H, Couturier Y, Lamothe L, Emami E. L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires au Québec. **Santé publique**, 2020. *In press*

L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires au Québec

Auteurs: Hermina Harnagea¹, Yves Couturier², Lise Lamothe², Elham Emami³

1 École de santé publique, Université de Montréal

2 École de travail social, Université de Sherbrooke

3 Faculté de médecine dentaire, Université McGill

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue **Santé publique**

4.5.1. Résumé

Objectif

Bien que les services intégrés continuent d'attirer l'attention des décideurs des politiques de santé, l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires demeure une approche peu explorée au Québec. L'objectif de cet article est de décrire des aspects de cette intégration dans deux organisations publiques de santé, urbaine et rurale.

Méthodes

Cette étude prend la forme d'un scan environnemental qui s'est déroulé entre novembre 2016 et octobre 2018. Nous avons compilé des données provenant des sites *web* et documents internes des organisations, des notes d'observations rédigées lors des visites des établissements et des rencontres de travail des équipes de soins primaires, des sites *web* des ordres professionnels, ainsi que des données provenant des entrevues individuelles semi-dirigées (n=74) et des discussions de groupe (n=5). Ces données ont fait l'objet d'une analyse thématique bonifiée par une analyse documentaire de Prior.

Résultats

Les thèmes identifiés sont: aspects normatifs dans la prestation des services buccodentaires primaires, trajectoires de soins en santé buccodentaire et initiatives d'intégration. Notre analyse démontre que sur le plan organisationnel, peu de ressources institutionnelles stratégiques sont attribuées à la santé buccodentaire. Le programme de santé dentaire publique coexiste avec différentes stratégies d'intégration, en majorité des mécanismes de liaison et de coordination informels entre les intervenants de soins primaires et les cabinets dentaires privés.

Le centre rural démontre une meilleure intégration de l'équipe dentaire de santé publique dans des équipes interdisciplinaires et pour des services sous la couverture publique provinciale.

Conclusion

La majorité des services buccodentaires primaires sont dispensés dans les secteurs de santé publique et la pérennité des initiatives d'intégration dans d'autres secteurs de soins primaires reste à démontrer. Des partenariats entre les organisations et les universités, l'optimisation des ressources, ainsi qu'un cadre de responsabilisation intégratif qui englobe la profession dentaire pourraient soutenir l'intégration.

Mots clés : services buccodentaires, soins intégrés, soins primaires

Abstract

Background

Although integrated care is drawing considerable attention from health care policy makers, little is known about integration of oral health care services into primary care in Quebec. Therefore, the objective of this study was to compile information and compare the aspects of primary oral health care in two public health care organizations.

Methods

An environmental scan was carried out in one rural and one urban primary health care organizations in Quebec. Data were collected from organizations' websites, operational documents, observational notes on facility visits, primary care meeting minutes, online pages of professional orders and face to face interviews (n=74) and focus groups (n=5), between November 2016 and October 2018. Thematic and Prior's documentation analyses were used to analyse the data.

Results

Three themes were identified: normative aspects of integrated care delivery, integration trajectories, and integration initiatives. In both organizations, the integration of oral health into primary care rooted in public health sectors and dental teams were the key players. While urban center showed informal linkages between dental and non-dental primary care providers, the rural organization succeeded in coordination processes, even though these were also informal.

Conclusions

The majority of primary oral health care services are delivered in the public health sectors and the sustainability of integration initiatives in other primary health care sectors remains to be

demonstrated. A better management of resources, as well as partnerships between public health care organizations and universities, could contribute to this integration.

Key words: oral health, primary care, integration

4.5.2. Introduction

Au cours des dernières années, les recherches sur les réseaux de services intégrés de santé nous ont révélé des continuums de services coordonnés, organisés pour assurer des réponses adéquates aux besoins complexes de santé et des expériences satisfaisantes des épisodes de soins pour les patients¹⁻³. L'intégration des services permet de faciliter leur accès, de rehausser leur coordination, de resserrer les liens entre les différents niveaux de soins et les services de soutien, de réduire les dédoublements, d'accroître l'efficacité et d'améliorer les résultats cliniques⁴. En ce qui concerne les services buccodentaires, différents modèles d'intégration aux soins primaires ont été proposés, axés surtout sur l'amélioration de la communication, de la coordination et des mécanismes de référence entre les professions⁵. Ces modèles mettent à profit des stratégies visant l'augmentation de la littératie en santé buccodentaire chez les intervenants de soins primaires pour permettre une meilleure orientation des patients, l'accès à des services de *counseling*, le partage des dossiers électroniques de santé et l'adoption de directives pour la mise en place des programmes d'enseignement pour les patients⁶. En même temps, plusieurs recherches ont documenté le manque de connaissances en santé buccodentaire chez les professionnels de la santé et l'importance de faire connaître les lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans ce domaine⁷⁻⁹. De plus, l'identification des réseaux formels de communication et de collaboration entre les professionnels qui englobent différents niveaux et types de soins, reconnue comme une condition favorable à l'efficacité des modèles de soins intégrés, demeure difficile quand il s'agit des soins buccodentaires¹⁰. Le maintien de l'organisation actuelle des services buccodentaires et leurs coûts croissants constituent un important défi pour leur intégration aux services généraux de santé primaire.

Les soins primaires au Canada remplissent une double fonction dans le système de santé: la prestation directe de services de proximité et une fonction de coordination pour assurer la continuité des services fournis à divers niveaux¹¹. La réactivité aux besoins de la communauté est un élément clé des soins primaires. Par conséquent, la gamme et la configuration des services peuvent varier d'une communauté à l'autre: il n'existe pas de modèle unique de soins primaires et plusieurs modèles de gouvernance et de financement peuvent coexister¹¹.

Les services buccodentaires sont peu intégrés dans les soins primaires, notamment en raison de l'exclusion des soins buccodentaires du régime public provincial d'assurance maladie¹². Le gouvernement fédéral couvre environ 40 % des dépenses dentaires publiques pour des programmes de soins dentaires destinés au personnel de l'armée, aux populations autochtones, aux prisonniers fédéraux et aux réfugiés¹³. Les autres dépenses sont attribuées aux programmes qui relèvent de la compétence des provinces et des territoires¹³. Les enfants de familles à faible revenu (qu'ils reçoivent ou non une assistance sociale) bénéficient généralement d'un certain soutien pour avoir accès aux soins dentaires publics¹⁴. Au Québec, l'intégration de services de santé a constitué l'objectif majeur des réformes récentes¹⁵. Le système de santé québécois compte présentement treize centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux (CIUSSS)¹⁵. Leur mission consiste à offrir une large panoplie de services aux territoires desservis¹⁶. Ces centres regroupent une mission hospitalière, une mission de santé communautaire (centres locaux de services communautaires – CLSC) et une mission de soins de longue durée (CHSLD), auxquelles se rajoute la mission académique et de recherche pour les CIUSSS.

Par contre, dans la plupart des établissements publics de santé, les dentistes sont absents des équipes interprofessionnelles, puisque la santé buccodentaire est globalement du ressort du secteur privé de santé. Il devient ainsi nécessaire de développer et d'adapter au contexte québécois des modèles intégrés de services buccodentaires afin de répondre aux besoins de la population et d'éviter des interruptions et/ou des mauvaises coordinations de services. Pour contribuer à la conception de tels modèles intégrés d'organisation des services buccodentaires, nous avons réalisé le projet de recherche intitulé : « L'intégration des services buccodentaires et des services publics de soins primaires », dont la principale question de recherche est : « Comment intégrer les services buccodentaires et les services publics de soins primaires » ?

Dans la première phase du projet, une étude de portée a permis une synthèse des connaissances sur l'intégration des services buccodentaires aux services primaires, incluant différents facteurs d'impact sur sa mise en œuvre - barrières et facilitateurs^{6,17}. La deuxième phase a pris la forme d'une étude holistique de cas multiples, avec un seul niveau d'analyse. Dans un premier temps, nous avons exploré la manière dont les intervenants de soins primaires perçoivent l'intégration des services buccodentaires dans leur pratique¹⁸. En second lieu, cette étude de cas a inclus un scan environnemental, que nous présentons dans cet article. Le scan environnemental vise «

l'acquisition et l'utilisation d'informations sur des événements, leurs tendances et leurs relations dans l'environnement externe d'une organisation, pour aider la direction à planifier le cours des actions futures de cette dernière»¹⁹.

4.5.3. Méthodologie

Nous avons adopté une méthode de scan continu, en trois étapes: collecte de données ; analyse de données pour déceler les tendances et les problématiques ; communication des résultats²⁰.

Collecte de données

La collecte de données a été réalisée sur une période de deux ans, entre novembre 2016 et octobre 2018 par la doctorante responsable du projet (HH). Pour des raisons pragmatiques (temps et ressources allouées au projet), ce scan environnemental a visé certains secteurs de soins primaires de deux CISSS : deux départements des urgences, cinq CLSC, deux secteurs de soins à domicile et six CHSLD. Des Groupes de médecine de familles (GMF) et des cliniques dentaires privées dans les deux régions ont aussi été étudiés pour approfondir l'analyse.

Les données collectées proviennent de plusieurs sources :

- Sites *web* des ordres professionnels des intervenants participant à la recherche, afin d'identifier des guides de pratique pour les soins buccodentaires primaires adaptés aux rôles professionnels, ainsi que tout élément d'intérêt pour la santé buccodentaire
- Site *web* et documentation internes aux CISSS et organisations de leur territoire pour déceler des politiques et procédures, plans stratégiques, protocoles de soins, normes et pratiques de gestion, rapports annuels, descriptions de programmes, descriptions d'emploi, brochures, dépliants, notes de service compilés, documents de coordination entre les différents intervenants et installations, outils d'évaluation, en lien avec la santé buccodentaire.
- Notes d'observations rédigées lors des deux visites d'une heure des établissements. Ces observations visaient la description des secteurs de soins primaires, des locaux et des professionnels impliqués dans les soins primaires.
- Entrevues semi-dirigées, face à face (n=68) et par téléphone (n=6), ainsi que des discussions de groupe (n=5) d'une durée moyenne de 60 minutes avec des professionnels de soins primaires et des gestionnaires

Analyse des données

Le processus d'analyse de données s'est déroulé à travers les étapes itératives suivantes: lecture de la documentation et réduction des données, cartographie des informations, synthèse et rédaction des résultats²¹. Selon Miles et Huberman²², « la réduction des données fait référence au processus de sélection, de simplification, d'abstraction et de transformation des données qui apparaissent dans les notes de terrain et/ou dans les transcriptions écrites ». Les données ont été ainsi condensées pour faciliter leur gestion. Le processus d'analyse de données issues des entrevues et des groupes de discussion a été décrit dans une publication antérieure¹⁸. Des verbatims ont été ajoutés à l'analyse pour illustrer les résultats. L'approche de l'analyse documentaire de Prior²³ complète notre analyse afin de déceler la présence ou l'absence des informations relatives à l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires.

La triangulation fut réalisée par l'utilisation des plusieurs sources de données et par la consultation des membres de l'équipe de recherche. L'étude a obtenu l'approbation éthique de l'Université de Montréal et des comités d'éthique des organisations participant à l'étude. Pour des raisons de confidentialité, les organisations qui ont fait l'objet de l'analyse ne sont pas nommées dans cet article.

4.5.4. Résultats

Caractéristiques générales des cas

Le premier CISSS compte divers points de services de soins primaires coordonnés localement dans un milieu exclusivement urbain et sur une superficie de 246 km² (1 777 hab / km²). En 2017, la population desservie comptait 432 858 habitants, dont 72 642 enfants de 0-14 ans et un nombre élevé d'ainés (75 220 personnes de 65 ans et plus). L'organisation dispose d'un accueil santé de première ligne par téléphone, avec des heures d'ouverture élargies tous les jours de la semaine pour favoriser l'orientation des usagers vers des soins appropriés. Parmi ses 6 583 employés, dont 743 liés au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un dentiste-conseil est en fonction à la Direction de santé publique et quatre hygiénistes dentaires y travaillent

Les partenaires médicaux de cette organisation comptent deux GMF-U, quatorze GMF³, six GMF – Réseau (GMF-R) et 43 cabinets médicaux. 261 dentistes de cette région offrent des services dans des cabinets privés.

Le deuxième CISSS offre des services sur un territoire beaucoup plus étendu de 30 471 km² incluant des zones urbaines et rurales, pour une population desservie de 390 830 habitants (12 hab / km²), dont 66 541 enfants de 0-14 ans et 62 738 personnes de plus de 65 ans. Cette organisation compte au total 9 312 employés et regroupe des établissements régionaux et des points de services primaires coordonnés à distance, à partir des centres urbains. Il emploie aussi un dentiste-conseil et 15 hygiénistes dentaires. 178 dentistes de cette région offrent des services dans des cabinets privés.

Le secteur rural, qui fait partie du territoire de cette organisation et qui a été choisi pour l'analyse, couvre un territoire de 12 826 km², pour une population de 14 203 habitants (1.1 hab / km²), dont 1 952 enfants de 0-14 ans et 3 523 personnes de 65 ans et plus. Sur ce territoire nous avons identifié deux bureaux dentaires privés (trois dentistes) et cinq cabinets médicaux.

Aspects normatifs dans la prestation des services buccodentaires primaires

Cadre des services buccodentaires de santé publique

La réforme du système de santé québécois débutée en 2015 a permis notamment une meilleure contribution de la santé publique au secteur de soins primaires. En effet, les directions de santé publique (DSP) ont été intégrées aux CI(U)SSS. Dans les deux CISSS à l'étude, la structure opérationnelle de la DSP est placée sous l'autorité des présidents-directeurs généraux et de leurs adjoints, ainsi que sous l'autorité fonctionnelle du Directeur national de santé publique. Notre

³ « Un GMF est composé d'un groupe de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé et a pour mission d'offrir des services médicaux à toute clientèle, notamment le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession. Une désignation réseau est fournie aux GMF ayant pour mission d'offrir à toute clientèle des services médicaux généraux urgents simples ou semi-urgents en première ligne. Par conséquent, les GMF-R sont dotés d'un financement supplémentaire du fait de leur plus grand périmètre d'intervention. Le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) est dédié prioritairement à la formation des résidents en médecine de famille dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. En plus de sa vocation d'enseignement et de recherche, elle offre des soins et services médicaux à une clientèle définie et variée, et participe au développement de la discipline professionnelle. »²⁴

recherche n'a trouvé aucune documentation relative à la planification de la main-d'œuvre dentaire dans le secteur de santé publique.

Les plans d'action régionaux (PAR) des deux CISSS, découlant du Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP), mettent l'accent sur les services buccodentaires de santé publique destinés aux enfants. La prestation de ces services est supervisée par les dentistes-conseil en santé publique, mais réalisée par des hygiénistes dentaires²⁵. Les objectifs du PNSP stipulent que 90 % des enfants de la maternelle, 85 % des enfants de la 2e année du primaire et 75 % des enfants de la 2e année du secondaire à risque de carie dentaire, devraient être dépistés et devraient bénéficier d'un suivi dentaire préventif en milieu scolaire.

Le Plan d'action régional dans le CISSS urbain

Les libellés des actions envisagées dans ce PAR sont moins spécifiques pour la santé buccodentaire; ils font mention au programme 0-5-30⁴ en combinant prévention et « collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à l'adoption de modes de vie et à la création d'environnements sains et sécuritaires. »²⁵

Les interventions réalisées par les hygiénistes dentaires dans le cadre de ce PAR proviennent de l'ancien Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 qui prévoit: dépistage, classification des enfants à risque élevé de caries dentaires selon les critères provinciaux, référence au dentiste pour le besoin évident de traitement de la carie dentaire, conseils sur l'hygiène buccodentaire et l'alimentation cariogène, application de vernis fluoré et d'agents de scellement dentaire. Les hygiénistes travaillent principalement dans les écoles, ne sont pas intégrées dans les équipes de soins primaires; leurs interventions sont regroupées dans un plan d'intervention disciplinaire et ne ciblent pas tous les enfants admissibles, mais seulement ceux visés par le PNSP. De plus, le ratio personnel dentaire/nombre de patients ne permet pas l'application de toutes les mesures contenues dans le PNSP :

« Il faudrait augmenter le nombre de ressources, nous sommes vraiment...minimum, minimum là! c'est sûr que ça nous coupe un peu le tapis sous les pieds ...Il manque les

⁴ Programme de promotion des bonnes habitudes de vie : 0 consommation de produits de tabac et exposition à la fumée secondaire, 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour.

ressources, il manque d'hygiénistes ici , il manque de personnel...au lieu d'être 10 on est 4, on ne peut pas tout faire....Ils disent que pour faire le programme complet qui nous est donné ça prendrait 10 hygiénistes à temps complet, on n'a jamais été dix, on a toujours coupé dans ce qu'on nous demande de faire. » (GD5)

Le Plan d'action régional dans le CISSS qui englobe le centre rural

Ce PAR inclut des orientations précises pour la prestation de services dentaires préventifs pour les enfants, basées sur la documentation scientifique. Ces services sont dispensés par des hygiénistes dentaires intégrées dans des équipes multidisciplinaires dans le cadre des programmes Enfance-famille et jeunesse. Les équipes incluent des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des nutritionnistes et des orthophonistes. Des mécanismes formels de coordination ont été développés au fil du temps afin d'assurer la continuité des services buccodentaires pour les enfants de la naissance à 10 ans. Les hygiénistes dentaires effectuent, tout comme le premier CISSS, des interventions découlant du PNSP, ainsi que des visites postnatales à domicile à certains âges ciblés du bébé , des visites pour des clientèles vulnérables du programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ainsi qu'un dépistage planifié systématique des affections buccodentaires chez tous les enfants de trois ans et demi.. Les hygiénistes dentaires sont en contact avec des dentistes de la région qui acceptent des patients couverts par l'assurance gouvernementale. Au besoin, elles recommandent les patients au dentiste ou à tout autre professionnel, organisent les rendez-vous avec la collaboration des travailleurs sociaux pour les personnes en difficultés et en assurent les suivis.

Pour les autres catégories de clientèle, ce PAR prévoit une implication de la santé publique pour «documenter des enjeux territoriaux de santé buccodentaire chez les personnes très vulnérables (ex.: personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, familles et aînés vivant en contexte de vulnérabilité, personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle), identifier des solutions pertinentes en collaboration avec les partenaires des milieux concernés et leur offrir un accompagnement pour la mise en œuvre des mesures privilégiées. »²⁵ Un certain soutien est aussi envisagé pour les entreprises et les employés du CISSS qui adopteraient le programme de prévention 0-5-30, bonifié sous la forme de programme de prévention 0-5-30-santé buccodentaire.

Trajectoires de soins en santé buccodentaire

Hormis son insertion dans les PAR, la santé buccodentaire est intégrée dans l'organisation des services de ces deux CISSS de façon sporadique et à différents degrés par l'entremise des mécanismes de liaison et de coordination informels. Les besoins de santé buccodentaire sont pris en considération par les intervenants de soins primaires non dentaires lorsqu'une problématique est formulée par le patient ou sa famille.

Suite à l'évaluation globale des besoins, les cas jugés urgents sont dirigés vers les départements des urgences des deux CISSS. Selon l'évaluation médicale à l'urgence, un service de consultation d'un spécialiste maxillo-facial pourrait être demandé, et offert sans frais. Pour les patients hospitalisés et couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (l'agent payeur public centralisé des services médicaux), certains services spécialisés de deuxième ligne en cas de traumatisme ou de maladie sont fournis sans frais : drainage d'un abcès, ablation d'un kyste ou d'une tumeur, ou réduction d'une fracture. Les examens, l'anesthésie locale ou générale et les radiographies reliés à ces conditions sont également couverts.

Outre ces situations spécifiques, les patients identifiés avec des besoins en santé buccodentaire sont dirigés vers le secteur privé. Un suivi est réalisé seulement pour les personnes institutionnalisées, si les symptômes aigus persistent.

Les deux CISSS offrent des services buccodentaires pour les personnes qui subissent des traitements de radio et chimiothérapie dans la sphère oro-faciale à travers des ententes de service, tel que prévu par une directive ministérielle. Ainsi, les établissements gèrent les rendez-vous de ces patients, référés au dentiste par les oncologues. Dans chaque région, un dentiste offre dans les établissements un panier défini de services buccodentaires nécessaires pour ces patients, considérés de troisième ligne (tertiaires).

Initiatives et projets en santé buccodentaire

Pour surmonter les difficultés engendrées par le manque de services publics buccodentaires, et par leur faible intégration aux soins primaires, différents projets pilotes et propositions étaient à l'étude dans ces milieux, dans les deux organisations. Ces projets locaux montrent la

problématisation émergente de la question de la santé buccodentaire et la volonté des acteurs de terrain à aller au-delà des normes québécoises. Ainsi, dans l'organisation rurale, la direction du secteur enfance-famille, la DSP et la direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées étaient en discussions pour trouver un moyen d'optimiser les ressources en hygiénistes dentaires pendant la période estivale de fermeture des écoles, et ce, pour les résidents des centres d'hébergement.

Quant à l'organisation urbaine, un centre d'hébergement était inclus dans un projet pilote provincial portant sur l'organisation des soins dentaires préventifs et curatifs et d'hygiène buccodentaire quotidienne en CHSLD. Dans ce projet, le personnel infirmier formé au préalable (3 h.) pour effectuer l'évaluation de la santé buccodentaire, recommande les patients à un dentiste du secteur privé, nommé par le comité organisateur et rémunéré à l'acte. Ce dentiste offre ensuite des services dentaires mobiles dans l'établissement. Le projet comprend aussi une brève formation sur les soins d'hygiène buccodentaire dispensée aux préposés aux bénéficiaires. Les résultats de ce projet seront rendus publics en 2019.

Selon les participants à la recherche, certains établissements d'enseignement et/ou la DSP avaient organisé des formations ponctuelles sur les soins d'hygiène ou sur les principales maladies buccodentaires pour les infirmières et les aides-soignants. Ces formations non récurrentes sont le résultat des initiatives de certains gestionnaires, davantage sensibilisés aux enjeux de santé buccodentaire. Les impacts de ces formations sur les pratiques de soins restent cependant inconnus, d'une part par manque d'évaluation et, d'autre part, parce que les outils nécessaires pour faciliter et maintenir un changement de pratique ne sont pas disponibles. Par exemple, après une formation visant à habilitier les infirmières à fournir des soins d'hygiène buccodentaire, la plupart des secteurs ne possèdent pas d'outils d'évaluation de la santé buccodentaire et le sujet demeure donc absent des plans de travail.

4.5.5. Discussion

Malgré le financement public d'une partie des services buccodentaires pour certains groupes de la population, l'accès à ces services demeure un enjeu important dans le système de soins primaires au Québec. Les résultats de cette analyse démontrent qu'au Québec le programme de santé dentaire publique coexiste avec différentes stratégies d'intégration de la médecine dentaire

aux secteurs de soins primaires, en majorité des mécanismes de liaison et de coordination informels entre les intervenants de soins primaires et les cabinets dentaires privés.

Notre recherche comporte cependant certaines limites. Premièrement, nous avons considéré dans l'analyse seulement une partie du secteur de soins primaires. Au Québec, ce secteur inclut aussi d'autres organisations, telles que les pharmacies, les cabinets de services professionnels (comme la psychologie, le travail social, la physiothérapie, etc.), les organisations communautaires et l'Info-Santé¹⁶. Par contre, ces secteurs sont moins concernés par les demandes de services buccodentaires.

Deuxièmement, le manque de mises à jour des sites *web* à l'étude pourrait altérer l'actualité des informations ici rapportées. Enfin, l'utilisation d'un échantillon de convenance ne rapporte que des événements/projets/initiatives de deux régions du Québec, même si l'organisation du système de santé québécois est globalement similaire dans toute la province.

Notre analyse démontre que, sur le plan organisationnel, peu de ressources institutionnelles stratégiques sont attribuées à la santé buccodentaire. Ainsi, le capital humain, les technologies de l'information, les enveloppes budgétaires, la mise en œuvre des programmes de soins buccodentaires et la capacité du ministère de répondre aux problèmes de santé spécifiques s'avèrent très limités. Les plans d'action régionaux découlant du PNSP demeurent les seuls guides de référence qui reflètent la compréhension des enjeux de santé buccodentaire et la volonté de la gouvernance régionale de mettre en place des mesures appropriées. Dans le centre rural, une meilleure intégration des services de santé dentaire publique a été constatée, grâce à l'intégration des hygiénistes dentaires dans les équipes de soins primaires du secteur enfance-famille et jeunesse. Un mode de fonctionnement similaire a été décrit différents centres de santé aux États-Unis ²⁶, à la différence que, dans ce pays, les hygiénistes dentaires bénéficient de plus d'autonomie professionnelle qu'au Québec.

Dans l'établissement urbain, l'inadéquation entre le volume d'activités dentaires nécessaire pour la mise en application du PNSP et le personnel dentaire disponible empêche le développement d'un modèle d'intégration organisationnelle similaire. Dans ce milieu, des outils d'évaluation de la santé buccodentaire par les intervenants non dentaires ont été développés.

Le dénominateur commun de ces stratégies d'intégration est la reconnaissance des besoins dans la population pour des soins buccodentaires malgré le manque d'orientations claires pour les

services. Les initiatives locales témoignent toutefois d'une volonté d'agir. Les dentistes-conseils assument un rôle crucial dans le développement des guides d'intégration et le soutien aux équipes. Ceci apparaît essentiel pour orienter les activités opérationnelles quotidiennes et les décisions des gestionnaires n'ayant pas de connaissances spécifiques à la santé buccodentaire.

Ces constats soutiennent des arguments importants pour le développement d'une offre structurée de formation pour les intervenants. La formation leur permettra de s'outiller adéquatement, de continuer à répondre aux besoins de santé buccodentaire de leurs patients et de maintenir une intégration professionnelle de ces acquis dans leur pratique courante. Plusieurs études ont souligné l'importance de la formation en santé buccodentaire pour les différents professionnels, qu'ils soient des médecins à l'urgence²⁷, des médecins généralistes²⁸, des infirmières²⁹, des sagefemmes³⁰ ou des nutritionnistes³¹. D'ailleurs, notre revue de portée¹⁷ va aussi dans le même sens et reconnaît le manque de formation comme l'obstacle le plus rapporté à l'intégration clinique des services buccodentaires. L'implication des institutions académiques devient essentielle dans le développement des programmes d'éducation interprofessionnelle et des programmes/stages de médecine dentaire davantage orientés vers les besoins des différentes communautés. L'intégration des services buccodentaires aux soins primaires devrait être soutenue par le palier gouvernemental avec des orientations claires et des cibles précises.

L'importance de ce soutien et des partenariats dans l'organisation des services buccodentaires primaires ressort des planifications stratégiques de plusieurs pays. Ainsi, les départements de santé des États-Unis, de l'Australie, de la France, tout comme les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et de la Fédération dentaire internationale, misent sur des alliances stratégiques avec des institutions académiques, des organismes communautaires et différents autres acteurs en mesure d'apporter de l'expertise ou de faciliter la mise en place de programmes pour la santé buccodentaire³²⁻³⁶. Les façons dont les universités entendent préparer des futurs professionnels socialement responsables, avec une capacité de travailler sur les déterminants de la santé dans la même mesure que sur les pathologies, contribuent directement à l'adaptation du système de santé pour améliorer des résultats de santé buccodentaire pour tous³⁷.

4.5.6. Conclusion

Malgré les difficultés inhérentes à la complexité de la demande de soins primaires, et dans un contexte de transformation et de diversité de leurs mandats, il est possible d'adopter et promouvoir à tous les niveaux de la gouvernance une vision collaborative inclusive pour la santé buccodentaire dans l'organisation des soins primaires. Un meilleur partenariat des établissements de santé avec les institutions académiques pourrait assurer une plus grande adéquation entre la formation, initiale ou continue et les compétences spécifiques en soins primaires au regard de la santé buccodentaire. Les universités sont fortement interpellées par l'arrimage entre formation et pratique professionnelle et devraient pouvoir compter sur l'appui des pouvoirs publics pour mieux accomplir leur rôle. Ces changements nécessitent du leadership, un engagement des intervenants de soins primaires à tous les niveaux, ainsi qu'un cadre intégratif de responsabilisation qui englobe la profession dentaire.

Selon notre analyse, la majorité des services buccodentaires primaires sont dispensés dans les secteurs de santé publique. L'intégration de la santé buccodentaire apparaît modeste et la pérennité des initiatives d'intégration reste à démontrer. D'autres études seront nécessaires pour analyser ces initiatives et favoriser le développement des modèles des services buccodentaires intégrés.

4.5.7. Références

1. Langlois AM, St-Pierre M, Bégin C. Les réseaux de services intégrés : Possibilités, limites et enjeux. In : Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G. Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux. Laval (Québec). Les Presses de l'Université Laval; 2005. 469 p.
2. Beland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit*. 2011(2):138-46.
3. WHO. Integrated care models - an overview. Working document [En ligne]. Copenhagen, Denmark: Health Services Delivery Programme. Division of Health Systems and Public Health; 2016 [cité le 17 juin 2019]. Disponible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.

4. Couturier Y, Bonin L, Belzile L. L'intégration des services en santé : Une approche populationnelle. Montréal (Québec). Les Presses de l'Université de Montréal; 2016. 264 p.
5. Bhuiya A, Wilson MG. Rapid Synthesis: Identifying the Effects of and Approaches to Integrating Oral-Health Services in Health Systems [En ligne]. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 25 July 2016 [cité le 25 juillet 2019]. Disponible : <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/identifying-the-effects-of-and-approaches-to-integrating-oral-health-services-in-health-systems.pdf?sfvrsn=2>.
6. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. BMC Oral Health. 2018 Feb 15;18(1):23.
7. Gillam JL, Williams A, Gillam DG. Nursing Staff and Oral Care Awareness. Int J Dent Oral Health. 2016; 2(1)
8. Nouri SS, Rudd RE. Health literacy in the "oral exchange": an important element of patient-provider communication. Patient Educ Couns. 2015 May;98(5):565-71
9. HRSA. Considerations for oral health integration in primary care practice for children [En ligne]. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; 2012 [cité le 14 février 2019]. Disponible : <https://www.hrsa.gov/oralhealth/oralhealthprimarychildren.pdf>.
10. Msefer-Laroussi S. Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec. Pratiques et Organisation des Soins 2010;3(41) :257-67
11. Hollander M, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services. Healthc Q. 2009;12(4):32-44
12. Quinonez C. Denticare, Denticaid, and the Dental Insurance Industry. Dans: Canadian Centre for Policy Alternatives. Putting Our Money Where Our Mouth is: the Future of Dental Care in Canada [En ligne]. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2011:13-14 [cité le 19 juin 2019]. Disponible : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf>.
13. CDA. Dental Health Services in Canada: Facts and Figures [En ligne]. Ottawa: Canadian dental association; 2010 [cité le 14 mai 2019]. Disponible: http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Dental/Dental_Health_Services_in_Canada_June_2010.pdf.
14. Shaw JL, Farmer JW. An environmental scan of publicly financed dental care in Canada: 2015 update [En ligne]. Ottawa; 2016 [cité le 22 juin 2019]. Disponible :

<http://www.caphd.ca/sites/default/files/FINAL%20-%202015%20Environmental%20Scan%20-%20ENGLISH%20-%202016%20Feb%2016.pdf>.

15. Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2015 [cité le 24 août 2019]. Disponible : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>.

16. MSSS. Établissements de santé et de services sociaux [En ligne]. Québec : Ministère de Santé et des Services sociaux; 2018 [cité le 15 juillet 2019]. Disponible : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>.

17. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2017;7(9): e016078.

18. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Emami E. How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018;13(10): e0205465

19. Choo CW. Environmental Scanning as Information Seeking and Organizational Learning. *Information Res*. 2001;7(1).

20. McWhinney H, McNutt K. Environmental scans and logic models [En ligne]. JSGS Professional Workshop Series 2017 [cité le 19 juillet 2019]. Disponible: <https://slideplayer.com/slide/11960629/>.

21. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nurs Plus Open*. 2016;2:8-14

22. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2e édition. Sage publication. Bibliothèque nationale Paris. 2003.

23. Prior L. Using documents in social research. London, UK: Sage Publications; 2003. 196 p

24. MSSS. Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille. Gouvernement du Québec [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2017 [cité le 3 juillet 2019]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-11W.pdf>.

25. MSSS. Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2015 [cité le 12 juillet 2019]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.

26. Langelier M, Moore J, Baker BK, Mertz E. Case Studies of 8 Federally Qualified Health Centers: Strategies to Integrate Oral Health with Primary Care [En ligne]. 2015 [cité le 20 mai 2019]. Disponible : <http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2015/11/FQHC-Case-Studies-2015.pdf>.
27. Samaei H, Weiland TJ, Dilley S, Jelinek GA. Knowledge and confidence of a convenience sample of australasian emergency doctors in managing dental emergencies: results of a survey. *Emerg Med Int*. 2015;2015:148384.
28. Cohen LA. Expanding the physician's role in addressing the oral health of adults. *Am J Public Health*.2013;103(3),408-12
29. Mattheus D, Shannon M, Gandhi K, Lim E. Oral Health Knowledge and Practices of Pediatric and Family Nurse Practitioners. *J Pediatr Health Care*. 2018 Jul - Aug;32(4):356-362.
30. Johnson M, George A, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, Ellis S, Yeo A. The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women. *BMC Oral Health*. 2015 Jan 15;15:2.
31. DiMarco M, Fitzgerald K, Taylor E, Marino D, Huff M, Biordi D, et al. Improving oral health of young children: an interprofessional demonstration project. *Pediatr Dent Care*. 2016;1(2):1-9
32. U.S. Department of Health and Human Services. Integration of Oral Health and Primary Care Practice [En ligne]. Health Resources and Services Administration; 2014 [cité le 5 juin 2019]. Disponible : <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/oralhealth/integrationoforalhealth.pdf>.
33. New South Wales Government. Oral Health 2020: A Strategic Framework for Dental Health in NSW. [En ligne]. 2013 [cité le 15 mai 2019]. Disponible : http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/Pages/oral_health_2020.aspx.
34. Pacorel C. Santé buccodentaire du jeune enfant: connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité. *Sciences du Vivant* [En ligne]. 2015 [cité le 15 juin 2019]. Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733012/document>.
35. WHO. Proposed 10-year regional plan on oral health for the Americas. Final report [En ligne]. World Health Organization; 2017 [cité le 14 mai 2018]. Disponible : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1127:oral-health-program&Itemid=610&lang=en.
36. FDI. The challenge of oral disease - A call for global action [En ligne]. World Dental Federation; 2015. [cité le 23 juin 2019]. Disponible : https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf.

37. Railean V, Curbatov O, Gay M. Le rôle des universités et des universitaires dans l'économie de la connaissance [En ligne]. IAUPL. Impressum; 2012 [cité le 2 mai 2019]. Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01423076/document>.

CHAPITRE V

DISCUSSION

5. DISCUSSION

Dans le chapitre précédent, nous avons rapporté les résultats de ce projet de doctorat sous la forme de cinq articles. Ces résultats contribuent à l'atteinte des objectifs spécifiques de la thèse, soit : i) cartographier les concepts clés et effectuer une mise à jour des connaissances sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires; ii) réaliser un scan environnemental des services buccodentaires primaires au Québec; iii) exposer la manière dont les intervenants de soins primaires d'une zone urbaine et d'une zone rurale perçoivent l'intégration des services buccodentaires dans leur pratique, et iv) identifier les barrières et facilitateurs dans leurs milieux de travail afin d'en tirer des recommandations pour les acteurs clés et les décideurs dans le domaine de la santé.

Ce chapitre porte un regard réflexif sur ces résultats et ajoute des éléments de discussion en croisant les résultats des deux volets de l'étude, pour illustrer la composante synthétique du projet. Cette section met aussi en évidence les contributions de la thèse à l'avancement des connaissances.

Nous espérons que la dissémination des résultats incitera la réflexion sur la place occupée par la santé buccodentaire dans le système de santé au Québec, mobilisera le mouvement de l'intégration des services pour le domaine de la santé buccodentaire et sensibilisera les intervenants des soins primaires à l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour mieux servir les populations.

5.1 Résultats de l'étude de portée et contribution à l'avancement des connaissances

Le premier volet de la thèse consiste en une étude de portée des écrits scientifiques publiés depuis les cinq dernières décennies, portant sur la thématique de l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires, afin de mettre en lumière les principaux aspects pris en considération dans les recherches. À notre connaissance, cette étude réalise pour la première fois une synthèse des écrits sur le sujet en utilisant un cadre conceptuel général, qui combine le concept de soins intégrés avec celui de soins primaires. L'utilisation de ce cadre apporte une

perspective nouvelle dans la recherche buccodentaire et l'étude de portée constitue donc une contribution théorique importante et originale à l'avancement des connaissances sur le sujet de recherche.

La majorité des études retenues est formée par des descriptions de programmes, cible les enfants jusqu'à l'âge préscolaire et a été publiée après l'an 2000, aux États-Unis. Parmi les études recensées, seulement deux étaient des essais contrôlés aléatoires.

La revue des écrits a permis d'explorer les aspects suivants, reliés à l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires : i) les éléments conceptuels des services buccodentaires primaires; ii) les politiques concernant l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires; ii) les particularités des modèles de services buccodentaires intégrés et leurs indicateurs de succès; iv) les facteurs qui facilitent ou entravent cette intégration.

5.1.1. Cadres conceptuels des services buccodentaires primaires

Nous n'avons identifié aucun cadre conceptuel exhaustif pour l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires. Néanmoins, les écrits recensés proposent deux processus d'analyse des services buccodentaires fournis par les professionnels non dentaires dans une perspective intégrative, les deux développés aux États-Unis.

Le premier, *Integration of Oral Health and Primary Care Practice (IOHPCP) Initiative*¹, représente une initiative gouvernementale qui permet de nommer les soins buccodentaires pouvant être effectués par les professionnels non dentaires dans les domaines suivants : la prévention, l'éducation du public, l'évaluation de la santé buccodentaire et les pratiques collaboratives pour l'évaluation du risque des maladies buccodentaires¹. Le second, *Oral Health Delivery Framework*², dérivé de la démarche de raisonnement clinique, permet d'évaluer les étapes de prise en charge de la santé buccodentaire par les intervenants non dentaires, ainsi que la présence de démarches de référence vers les professionnels dentaires². Ces deux processus d'analyse ne permettent pas la compréhension de la nature complexe et multidimensionnelle des processus d'intégration; le premier met l'accent sur cinq domaines de pratique et le deuxième

se limite à des activités de coordination proactive entre les prestataires de soins dentaires et non dentaires. Par contre, ils éclairent notre sujet d'étude en soulignant l'importance de la contribution des professionnels non dentaires aux services de santé buccodentaire dans le secteur de soins primaires.

Plusieurs éléments pourraient expliquer la difficulté de trouver et d'utiliser des cadres conceptuels globaux dans les recherches sur les soins buccodentaires intégrés.

Premièrement, les écrits portant sur les soins intégrés nous montrent que, malgré leur importance, la nature polymorphe du concept de soins intégrés et son manque de spécificité entravent considérablement sa compréhension et sa mise en application³. Les écrits scientifiques comprennent de nombreuses définitions, plusieurs concepts, différentes logiques et méthodes utilisés dans l'intégration de soins, dont l'application à une juridiction particulière comme le Québec demeure difficile. Ces difficultés se transposent dans les recherches sur les soins buccodentaires intégrés.

Deuxièmement, les recherches empiriques rigoureuses nécessaires pour l'adoption d'un cadre conceptuel global dans la mise en pratique de stratégies de soins intégrés sont encore rares^{4,5}. À cet effet, la revue systématique la plus récente des cadres conceptuels de soins intégrés⁶ a permis de recenser quatre contributions majeures dans ce domaine, celles de : Leutz, 1999⁷; Kodner et Spreeuwenberg, 2002⁸; Banks, 2004⁹; Hollander et Prince, 2008¹⁰.

Nous présentons une description sommaire de ces cadres, suivie par la justification du cadre conceptuel choisi pour notre recherche.

Leutz a facilité la compréhension générale des soins intégrés avec les cinq « lois » de l'intégration issues de l'expérience des réformes des services de santé aux États-Unis et au Royaume Uni⁷. Ces lois attirent l'attention sur les décisions à prendre pour la mise en place des modèles de soins intégrés. En 2002, Kodner et Spreeuwenberg⁸ ont décrit un continuum de stratégies de soins intégrés tenant compte des lois proposées par Leutz. Ces stratégies ont été organisées en cinq domaines (financement, administration, organisation, prestation de services et clinique) qui s'influencent mutuellement. Ils ont également identifié deux approches

différentes de l'intégration : un processus *top-down* motivé par l'impératif de rentabilité des organisations de santé et un autre *bottom-up*, pour prendre en compte les besoins des groupes de patients. Banks⁹ propose le cadre CARMEN (*Care Management of Services for Older People in Europe Network*), développé à un niveau macro et moins spécifique pour les caractéristiques cliniques des soins intégrés. Le cadre proposé par Hollander et Price¹⁰ prend comme exemple les services pour les personnes handicapées et comporte trois volets: i) la vision et les politiques de soutien aux systèmes intégrés; ii) un ensemble de bonnes pratiques pour organiser la prestation de services; et iii) un ensemble de mécanismes de coordination et de liaison à travers les organisations et les professionnels impliqués dans la prestation de soins de longue durée.

Tous ces cadres ne font pas une référence particulière aux soins primaires, encore moins aux services buccodentaires. Nous avons donc repris le cadre conceptuel de Valentijn et al.³ qui a guidé l'étude de portée pour notre étude subséquente de cas, parce qu'il fait partie des travaux récents sur les soins intégrés et parce qu'il combine les dimensions des soins primaires et les dimensions de l'intégration. Ce cadre conceptuel provient d'une revue des écrits scientifiques et d'un processus de consultation de type *Delphi* auprès d'experts de plusieurs pays¹¹. Une des contributions importantes que ce cadre conceptuel apporte réside dans le fait de souligner la similarité entre les objectifs des soins intégrés et les objectifs des soins primaires, par exemple en termes de coordination et de continuité des soins, d'équité d'accès aux services et d'importance de la santé publique³. Dans ce sens, certaines études recommandent l'inclusion des services intégrés dans la couverture universelle des maladies, puisque ces services offrent une meilleure expérience de soins et une plus grande facilité d'accès aux services^{12,13}.

Dans notre travail, l'utilisation de ce cadre a permis une vue globale de l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires, en concordance avec l'objectif de la thèse, et a mis en lumière des lacunes de la recherche dans ce domaine. Il a notamment été utile pour classer les stratégies présentées dans les écrits par domaine d'intégration et aussi pour illustrer le chevauchement des facteurs retrouvés autant dans les écrits, que dans l'étude de cas, et qui influencent la mise en œuvre de ces stratégies.

5.1.2. Politiques sur l'intégration des services buccodentaires et des services primaires

Les politiques sont définies par l'OMS comme étant des documents produits par les gouvernements/les organisations de santé pour présenter les objectifs à atteindre afin d'améliorer la situation de santé d'un pays, les priorités retenues parmi ces objectifs et les principales directions pour les atteindre¹⁴. Les politiques de soins de santé peuvent inclure des éléments de plaidoyer, de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation¹⁵.

Nos résultats démontrent que les programmes de santé buccodentaire développés par l'OMS fournissent un leadership mondial en matière de politiques et d'orientations stratégiques, en ciblant le développement de l'approche des facteurs de risque communs et l'approche des soins intégrés pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, y compris les maladies buccodentaires¹⁶⁻¹⁸.

En général, les politiques sont influencées par la conceptualisation de la santé / maladie, le contexte social, l'organisation des services, les ressources et les traitements disponibles¹⁹. L'élaboration des politiques commence par l'identification d'un problème^{20,21}. Dans le cas de la santé buccodentaire, la reconnaissance des problèmes de santé est entravée par de nombreux facteurs. Dans les pays en développement, la pauvreté et les maladies transmissibles sont prioritaires, tandis que dans les pays développés, les personnes les plus atteintes de maladies buccodentaires sont mal informées et/ou ont tendance à minimiser les impacts des problèmes de santé buccodentaire. De plus, les intérêts politiques peuvent considérablement fausser l'interprétation générale des problèmes de santé buccodentaire - par exemple la fluoruration de l'eau demeure la cible de débats, malgré des résultats scientifiques solides²².

L'élaboration des politiques implique la formulation d'une solution à partir d'une gamme de choix pour atteindre des résultats précis^{20,21}. L'évaluation des approches existantes pour résoudre des problèmes similaires peut faciliter la génération d'options crédibles²¹. Notre recherche révèle très peu d'études de nature évaluative portant sur les soins buccodentaires primaires. De plus, les mesures traditionnelles de l'état de santé buccodentaire - telles que les dents cariées, manquantes et obturées et l'indice parodontal - devraient être davantage liées aux mesures des

résultats sociaux, afin de placer les conditions dentaires dans le contexte plus large de l'état de santé, et ce, en termes pertinents pour les décideurs de politiques de santé.

Ce n'est qu'en 2007 que les pays membres de l'OMS ont signé un accord sur la mise en œuvre du Programme mondial de santé buccodentaire de l'OMS, un plan d'action qui fournit des lignes directrices à 193 pays membres²³. Au cours de la dernière décennie, la plupart des pays ont défini des politiques générales pour l'action en faveur de la santé buccodentaire, en utilisant ces lignes directrices. Cependant, en raison de la variabilité des systèmes d'organisation des soins buccodentaires dans le monde, les politiques spécifiques en matière de soins de santé buccodentaires intégrés diffèrent non seulement d'un pays à l'autre, mais également à l'intérieur d'un même pays, aux paliers national et provincial²⁴.

En effet, dans la plupart des pays industrialisés, les politiques s'orientent plutôt vers des plans de coordination de soins plutôt que vers des stratégies de soins buccodentaires intégrés. Dans certains pays comme le Canada, l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni, ces politiques ciblent des groupes de population spécifiques, tels que la petite enfance, les enfants et les adultes ayant des besoins spéciaux, les aînés, les communautés rurales et isolées, ainsi que les groupes autochtones de population²⁵⁻²⁸.

5.1.3. Modèles de services buccodentaires intégrés

Les résultats de l'étude de portée montrent que les modèles de soins buccodentaires intégrés les plus fréquemment utilisés accordent une grande importance à la gestion de cas. Selon Gobet et al.²⁹, la gestion de cas est un processus de collaboration interprofessionnelle tout au long d'un continuum de soins, grâce à une coordination efficace des ressources déployées pour maintenir une santé optimale et un meilleur accès aux soins et ce, en respectant le droit du patient à l'autodétermination. La gestion de cas comprend: i) la définition et la sélection d'une population cible pour laquelle la gestion de cas est appropriée; ii) l'évaluation et la planification des soins individuels; iii) le suivi régulier des patients; et iv) l'ajustement des plans de soins au besoin³⁰.

L'utilisation plus fréquente de ce modèle pourrait s'expliquer par le fait qu'il assure la coordination des soins des patients à haut risque et renforce la continuité des services. Dans le cadre de ces modèles de gestion de cas, les écrits décrivent différents degrés d'implantation des services intégrés. La plupart des écrits rapportent des mécanismes de liaison – *linkages* - pour assurer la continuité des services buccodentaires primaires, mais peu de recherches font état de mécanismes de coordination ou d'une intégration complète.

La typologie de modèles de soins intégrés proposée par l'OMS, les regroupe dans des modèles populationnels, modèles spécifiques aux maladies et des modèles individuels³¹. Les modèles de gestion de cas mis en évidence par notre recherche font partie des modèles individuels centrés sur les patients. Récemment, avec le développement de la gestion intégrée des maladies non transmissibles et de l'approche des facteurs de risque communs, les modèles individuels des soins buccodentaires intégrés coexistent de plus en plus avec les modèles spécifiques à des maladies, telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, dans lesquelles les services buccodentaires sont reliés aux changements des habitudes alimentaires et aux comportements individuels³².

À la différence d'autres domaines de santé (ex. : santé mentale, pédiatrie, oncologie), la demande de services buccodentaires dans le secteur public de santé ne provient pas, la plupart du temps, des patients³³. Cela peut s'expliquer, d'un part, par le côté chronique de la majorité des affections buccodentaires (les épisodes aigus mettent rarement la vie du patient en danger) et, d'autre part, par le manque de connaissances de ces groupes de population sur l'impact d'une mauvaise santé buccodentaire. Le manque de demandes de services dans ce domaine semble contribuer au manque d'intérêt pour la santé buccodentaire, autant au niveau de la société que chez les intervenants de soins primaires. D'autres publications ont aussi indiqué qu'autant les patients que la plupart des intervenants non dentaires, n'attribuent pas d'importance à la continuité des soins pour le domaine buccodentaire³⁴⁻³⁷. La persistance de l'image « non médicale », mais plutôt du dentiste entrepreneur, limite la reconnaissance sociale de la profession dentaire et la délimitation du champ professionnel confère un degré supplémentaire de vulnérabilité aux modèles de services ayant une composante buccodentaire³⁸. Tous ces enjeux expliqueraient l'absence ou la difficulté d'introduire la santé buccodentaire dans les

modèles de soins intégrés spécifiques aux maladies chroniques et devraient être pris en considération dans la mise en œuvre de ces modèles.

En utilisant les niveaux logiques d'intégration du cadre conceptuel utilisé, les résultats de notre étude de portée nous ont permis de visualiser les mesures des degrés de mise en œuvre des stratégies adoptées dans ces modèles. Nous avons constaté que ces mesures sont rarement fondées sur des indicateurs d'état de santé buccodentaire, mais plutôt sur des indicateurs de volume de services ou de satisfaction des intervenants / des patients.

Cette tendance est souvent rencontrée dans le domaine de soins intégrés, dont les objectifs sont souvent mesurés en termes de qualité de l'expérience de soins et de réduction des coûts de soins de santé³⁹. Dans une revue systématique récente, Bautista et al.⁴⁰ ont indexé 209 instruments mesurant différents concepts liés aux soins intégrés, dont la majorité, 84 %, était liée à l'intégration clinique. Les propriétés de mesure de ces indicateurs étaient, en grande partie, non évaluées dans les recherches. Les auteurs soulignent aussi qu'aucun des indicateurs n'était spécifiquement lié aux domaines d'intégration normative ou systémique⁴⁰.

Dans ce contexte, d'autres recherches sur les propriétés de mesure des instruments standardisés et validés, mesurant les dimensions pertinentes des soins intégrés, s'avèrent nécessaires pour faire avancer le développement des soins intégrés et des soins intégrés buccodentaires. À cet effet, les résultats de notre étude de portée supportent les résultats de l'étude de cas : les indicateurs de volume de services étaient les seuls indicateurs utilisés pour les soins buccodentaires offerts dans le secteur de soins primaires. Notre étude de cas ouvre ainsi la voie aux recherches futures qui viseraient le développement des services buccodentaires intégrés.

5.1.4. Facteurs qui influencent l'adoption des stratégies d'intégration

La mise en place des modèles de soins buccodentaires intégrés se traduit par l'adoption de différentes stratégies, distribuées à plusieurs niveaux : macro, méso, micro, et dans les domaines fonctionnel ou normatif de l'intégration. Notre recension des écrits documente aussi de multiples facteurs qui facilitent ou entravent l'adoption de ces stratégies.

La plupart de ces facteurs sont aussi rapportés dans des écrits portant sur la mise en œuvre des soins intégrés dans d'autres domaines, tels que la santé mentale, les maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, les soins palliatifs, etc. Des obstacles communs tels que l'absence de politiques de santé et de stratégies de soutien des ressources humaines, une formation interdisciplinaire inadéquate et l'augmentation de la charge de travail, semblent dépendre de facteurs contextuels et individuels plutôt que de la discipline elle-même.

Au niveau macro, les résultats de notre étude de portée montrent que les stratégies d'intégration incluent l'adoption des politiques, des plans nationaux d'assurances, des programmes de santé publique inclusifs pour la santé buccodentaire ainsi que des régulations professionnelles qui favorisent l'accès aux services buccodentaires (Figure 4). Ces stratégies nécessitent une reconnaissance au niveau macro du rôle de la santé buccodentaire. Par contre, malgré l'avancement des connaissances mettant en évidence des liens entre la santé buccodentaire et la santé générale, les représentations sociales de la santé buccodentaire demeurent orientées vers une moindre importance accordée à cette dernière par rapport à d'autres domaines de la santé. La quasi-totalité des 104 publications examinées dans l'étude de portée, ainsi que les participants à l'étude de cas ont souligné la nécessité de mettre en place ou de bonifier des politiques sur l'intégration des soins buccodentaires aux soins primaires.

Au niveau méso, dans le domaine de l'intégration organisationnelle, les principales stratégies révélées par les résultats de l'étude de portée sont : la colocation, les réseaux interdisciplinaires et les milieux de travail favorables au développement des compétences professionnelles dans le domaine buccodentaire (Figure 4). Nos résultats démontrent que la mise en œuvre de ces stratégies est influencée par les structures administratives déficientes, la charge de travail du personnel, ainsi que les enjeux liés au recrutement et à la rétention des ressources humaines. Les milieux de travail caractérisés par l'interopérabilité limitée des systèmes d'information, le manque d'outils et de directives appropriés ainsi que divers aspects logistiques tels que les politiques de rémunération des dentistes ou la disponibilité d'équipement dentaire ne sont pas favorables à l'adoption des stratégies d'intégration. Ces résultats convergent avec Powell et Din⁴¹ quant aux écarts d'information disponible pour différents professionnels pour un même

patient et des applications administratives reliées aux assurances qui ne sont pas intégrées d'une manière cohérente ou optimale. Ces auteurs suggèrent que les normes relatives aux dossiers de santé électroniques, leur conception et leur mise en œuvre doivent correspondre au modèle de soins anticipé pour réduire les coûts des stratégies d'intégration et faciliter les changements de pratique tout en assurant la qualité et la sécurité des soins⁴¹.

Nos résultats montrent que les stratégies d'intégration professionnelle des services buccodentaires aux soins primaires sont la formation interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle (Figure 4). Ces résultats concordent avec d'autres écrits. Par exemple, Sonnenberg et al.⁴² explorent les perspectives des cliniciens en pédiatrie sur leurs responsabilités envers les équipes interprofessionnelles et concluent que l'intégration continue de diverses disciplines au cours des premières phases de la formation professionnelle est essentielle pour favoriser un leadership collaboratif et la confiance de ces professionnels dans leurs compétences.

Silk⁴³ nomme différentes professions considérées ayant un rôle important à jouer dans le domaine buccodentaire : les médecins généralistes et les médecins spécialistes en obstétrique/gynécologie, médecine d'urgence, cardiologie, endocrinologie, otorhinolaryngologie, rhumatologie, gastroentérologie, chirurgie et oncologie; les infirmières et les infirmières praticiennes; les sagefemmes; les assistants médicaux; les pharmaciens; les travailleurs sociaux; les nutritionnistes; les intervenants communautaires et les personnes qui fournissent de l'aide à domicile. Selon cet auteur, tous ces professionnels pourraient, dans des contextes adéquats, jouer un rôle dans la détection, la prévention et la gestion des maladies buccodentaires ainsi que dans la coordination des soins et l'éducation des patients, puisque l'éducation et la pratique interprofessionnelles sont déjà mises au profit des maladies chroniques, telles que le diabète et les maladies cardio-vasculaires⁴³.

L'acquisition de compétences cliniques en santé buccodentaire de ces intervenants non dentaires nous amène à réfléchir sur les rôles des professionnels de la santé dans la prévention des maladies buccodentaires. Si le diagnostic et le traitement sont des étapes réservées et différenciées par profession et spécialité, la prévention pourrait bénéficier de l'apport complémentaire de plusieurs professionnels de la santé. Dans ce sens, Johansson et al.⁴⁴ révèlent

un fort soutien de la part des professionnels de la santé pour la réorientation des services et l'inclusion de la prévention dans la pratique courante. L'intégration des pratiques cliniques préventives représente un objectif majeur du MSSS du Québec en matière de santé publique parce que les professionnels de la santé possèdent la crédibilité nécessaire pour exercer ce rôle⁴⁵. Les interventions réalisées auprès des cliniciens, regroupées sous l'acronyme MAFICO (**M**otivation-**A**ccompagnement-**F**lexibilité-**I**ntensité-**C**ontinuité-**O**rganisation) visent à la fois l'individu et l'organisation du travail⁴⁵. À cet effet, au Québec, différentes mesures législatives appuient cette tendance. Par exemple, la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie entrée en vigueur en juin 2015, donne la possibilité aux pharmaciens de prescrire des médicaments pour différentes conditions ayant impact sur la santé buccodentaire⁴⁶. Aussi, le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière/infirmier, pris en application de la Loi médicale, autorise les infirmières depuis 2016 à prescrire des traitements pour certaines conditions buccales : la candidose du nouveau-né et de la mère⁴⁷. Ces modifications normatives ouvrent la voie pour une plus grande implication des pharmaciens et des infirmières dans des actions visant la santé buccodentaire.

Zenzano et al.⁴⁸ soulignent le rôle important de la formation adaptée pour chaque professionnel de la santé, puisque les activités de prévention ont lieu dans presque tous les établissements de soins. Dans cette optique, différentes études témoignent d'une évolution dans le temps et supportent un élargissement des rôles en matière de prévention pour plusieurs professionnels de la santé. Par exemple, selon Tetuan⁴⁹, les infirmières auraient la capacité d'intégrer des évaluations des risques pour la santé buccodentaire, des dépistages, l'application de vernis fluoré et des activités d'éducation en santé buccodentaire dans les évaluations de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents, ainsi que dans un environnement scolaire. Toutefois, les infirmières participant à cette étude ainsi que les infirmières participant à notre étude de cas, considéraient ne pas avoir les connaissances nécessaires, principalement parce que la formation en soins infirmiers n'inclut pas la santé buccodentaire dans la programmation des cours. Une étude réalisée par Gold et Tomar⁵⁰ montrent que seulement 67 % des nutritionnistes conseillent les soignants sur l'importance du brossage régulier des dents et seulement 44 % orientent les patients des soins dentaires au besoin. Ces résultats confirment qu'une formation est nécessaire pour que les nutritionnistes soient en mesure de recommander des pratiques préventives en santé buccodentaire et de conseiller les proches aidants. Dans une étude provenant de Royaume-Uni,

une intervention pilote de promotion de la santé buccodentaire a été opérée dans cinq pharmacies situées dans des zones défavorisées et son évaluation a démontré l'acceptabilité des patients pour des interventions de santé buccodentaire basée sur les pharmaciens communautaires, ainsi que la volonté des pharmaciens à s'impliquer dans la santé buccodentaire⁵¹. Heilbrunn-Lang et al.⁵² ont montré que le programme d'éducation en santé buccodentaire des sagefemmes est une ressource précieuse pouvant les aider à augmenter leur confiance et leurs compétences pour intégrer la promotion de la santé buccodentaire dans leur pratique. Negro⁵³ explore la faisabilité des interventions préventives en santé buccodentaire destinées aux travailleurs sociaux qui s'occupent des enfants placés en famille d'accueil. Sa thèse conclut que les travailleurs sociaux pourraient contribuer à améliorer la santé buccodentaire de ces enfants en dispensant des conseils en matière de santé buccodentaire aux parents, à la condition d'une formation appropriée.

Les résultats de notre étude de portée et de notre étude de cas vont dans le même sens et montrent que différents professionnels de la santé sont interpellés par les soins buccodentaires dans le secteur de soins primaires, qu'ils se heurtent au manque de formation et qu'ils réclament des guides de pratique adaptés aux rôles professionnels.

Les principales stratégies d'intégration clinique au niveau micro issues de nos résultats, sont la pratique interprofessionnelle, l'utilisation d'une fonction d'intervenant pivot et l'intégration d'un champion en santé buccodentaire dans l'équipe de soins primaires (Figure 4).

Les résultats de l'étude de cas nous montrent que certaines de ces stratégies sont adoptées dans les établissements participants à l'étude et elles sont présentées dans la section suivante.

5.2. Résultats de l'étude de cas et contribution à l'avancement des connaissances

Le deuxième volet de la thèse est une étude holistique de cas multiples, composée d'une étude qualitative et d'un scan environnemental. L'étude de cas a débuté avant l'étude de portée et s'est poursuivie après la finalisation et la publication des résultats de cette dernière. Par conséquent, l'étude de portée n'a pas guidé l'étude de cas. Par contre, les résultats de la recension des écrits ont permis de mieux situer les résultats empiriques et ont contribué à enrichir la compréhension de multiples enjeux relatifs à l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude de cas sur ce sujet au Canada. L'analyse des résultats apporte ainsi une contribution scientifique majeure, regroupée autour de quatre points principaux : le moteur de l'intégration, son importance, les rôles professionnels dans l'intégration et les facteurs qui facilitent ou entravent cette intégration. Nous présentons chacun de ces points et nous discuterons les liens entre les résultats de l'étude de portée, les résultats de l'étude qualitative et les résultats du scan environnemental.

Premièrement, nos résultats ont montré qu'en général, et indépendamment de la localisation géographique des organisations de santé, la majorité des participants à l'étude perçoit les services buccodentaires comme étant absents du secteur des soins primaires des établissements publics de santé et considère les besoins de santé buccodentaire des patients vulnérables à l'origine de toute stratégie d'intégration. Ces deux éléments, l'absence des services et la reconnaissance des besoins de santé buccodentaire constituent le moteur de l'intégration.

Les services publics de santé dentaire dispensés dans le secteur de soins primaires étaient connus des intervenants non dentaires dont la clientèle était majoritairement constituée par des enfants. Ces intervenants considéraient que la limite d'âge de 10 ans pour obtenir ces services est insuffisante et même arbitraire, parce qu'elle ne correspond ni au développement complet de la dentition permanente, ni au développement cognitif de l'enfant pour qu'il soit en mesure de bien comprendre les mesures de prévention des maladies buccodentaires. Plusieurs avaient suggéré l'âge de 14 ans, l'âge de consentement aux soins au Québec, ou l'âge de 18 ans, l'âge de la majorité, comme étant plus appropriés pour assurer une adéquation entre les services et les besoins de soins buccodentaires. De plus, les intervenants déploraient le fait que les services préventifs de nettoyage et application de fluorures soient exclus de la couverture dentaire publique.

En second lieu, chez les intervenants non dentaires, l'importance de l'intégration des soins buccodentaires dans les soins primaires semblait ancrée dans la perception des besoins de soins buccodentaires des groupes vulnérables de population, particulièrement chez les enfants, les adolescents et les aînés. Certains participants ont soulevé des aspects d'âgisme, surtout sous la forme d'une discrimination fondée sur l'âge dans la prestation de soins préventifs aux personnes

âgées, en particulier lorsqu'il s'agissait de la prévention des maladies buccodentaires. Cet aspect pourrait être lié à plusieurs éléments: le succès thérapeutique limité chez les aînés, la conception du vieillissement équivalente à une phase terminale et la préférence vers l'investissement des connaissances et des compétences dans la prise en charge des maladies aiguës, plutôt que des maladies chroniques. Même si rapporté par une minorité de participants dans notre recherche, l'âgisme nécessite une attention particulière puisque des études longitudinales démontrent des associations avec la perception d'une santé moins bonne et l'augmentation de l'incidence des problèmes de santé graves⁵⁴.

Les rôles et responsabilités perçus par les intervenants de soins primaires dans le processus d'intégration représentent le troisième aspect de la contribution des articles 4 et 5. Nos résultats suggèrent que, malgré l'importance reconnue de l'intégration, les intervenants non dentaires n'ont pas de repère pour définir leur rôle dans ce processus, rôle absent de leurs tâches. D'autres études vont dans le même sens; par exemple, Coker et al.⁵⁵ ont montré que les infirmières considèrent que les soins d'hygiène orale pour les patients hospitalisés sont optionnels puisqu'ils ne font pas partie de leur description de tâches. Andersson et al.⁵⁶ révèlent que les omnipraticiens connaissaient très peu ou pas du tout l'état de la santé buccodentaire de leurs patients, principalement parce qu'ils ne se reconnaissaient pas de rôle professionnel dans ce domaine.

Le Programme national de santé dentaire publique représente le seul cadre qui régit la prestation des services buccodentaires primaires au niveau provincial dans le système public de santé. Il cible deux types de clientèle : les enfants d'âge scolaire jusqu'à 12 ans et les aînés dans les CHSLD.

L'atteinte de ses objectifs pour la clientèle cible formée par les enfants fait l'objet de rapports périodiques, mais elle n'implique pas une collaboration interprofessionnelle. Dans l'établissement du milieu rural, sujet de notre étude de cas, nous avons constaté un modèle de type gestion de cas, développé pour une prise en charge globale des enfants à risque des maladies buccodentaires. Dans cet établissement, l'équipe en soins primaires a développé des mécanismes de coordination efficace des services buccodentaires primaires en intégrant des hygiénistes dentaires du secteur de la santé publique. Ainsi, l'hygiéniste dentaire assume la

coordination des soins buccodentaires avec les soins généraux de l'enfant et en assure le suivi auprès des familles. Plusieurs aspects pourraient expliquer cette différence. Nous pouvons prendre en considération une plus grande spécialisation des services de santé en milieu urbain. Cette spécialisation favoriserait le maintien d'une vision moins intégrée de la santé publique dans les soins primaires. Dans ce sens, le dernier rapport sur la performance du système de santé québécois montre que l'intégration des pratiques cliniques préventives de santé publique dans la production de soins suscite encore de la résistance parmi les professionnels de la santé⁵⁷.

Le volume de services plus réduit dans le milieu rural a conduit à une organisation différente des équipes de soins dans le secteur Enfance-famille et jeunesse. Ces équipes ont assumé une mission conjointe – santé et santé publique – qui a permis l'intégration des directives de santé dentaire publique dans la pratique interdisciplinaire. De plus, les services intégrés dans le milieu rural ont aidé cette organisation à répondre de manière plus efficace aux besoins de santé buccodentaire. Enfin, un plus grand accès aux services dentaires privés et le manque d'un effectif suffisant de personnels auxiliaires dentaires dans l'établissement du milieu urbain pourraient expliquer l'absence de ce modèle dans ce milieu.

L'atteinte des objectifs du PNSP pour la clientèle cible formée par les résidents des CHSLD ne fait pas encore l'objet d'analyses systématiques par les responsables du programme. Les établissements de santé peuvent conclure des contrats de services buccodentaires pour les personnes à mobilité réduite, selon les disponibilités locales des dentistes du secteur privé et avec l'accord des familles à rembourser la majorité des frais.

Le scan environnemental a permis une description des activités reliées aux services buccodentaires publics au moment de notre étude et comprend les changements induits par les fusions organisationnelles suite à l'adoption de la loi 10. Sa pertinence dans notre étude de cas réside dans la complémentarité avec l'étude qualitative. Il nous permet d'ajouter un aperçu des facteurs environnementaux, contextuels, aux perceptions des participants à l'étude. Ces facteurs pourraient guider la conception de programmes de santé efficaces, spécialement adaptés aux besoins des communautés.

À l'aide du cadre conceptuel et des stratégies présentées dans l'étude de portée (Figure 4), nous avons mis en évidence le programme dentaire public provincial avec ses forces et ses faiblesses,

les aspects reliés à l'assurance dentaire dans le système public de santé québécois, les tendances de financement et des aspects de réglementation professionnelle en tant que stratégies d'intégration systémique. Les initiatives et les projets développés dans les établissements participant à notre recherche nous démontrent qu'il est possible d'initier des stratégies d'intégration organisationnelle en agissant surtout sur des facteurs fonctionnels, tels que l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines dans le développement des plans de services individualisés. En ce qui concerne les stratégies d'intégration professionnelle, nous avons présenté les dimensions de la collaboration interprofessionnelle et au niveau de l'intégration clinique nous avons illustré l'utilisation d'un champion en santé buccodentaire dans le secteur de soins primaires.

Malgré un large consensus parmi les intervenants de diverses disciplines sur les facteurs – barrières et facilitateurs - qui influencent l'intégration de la santé buccodentaire aux soins primaires, les priorités accordées à ces facteurs pour la mise en œuvre de l'intégration varient d'une profession à l'autre.

Dans notre étude de cas, les contraintes d'ordre organisationnel représentaient la barrière relative à l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires la plus souvent rapportée. Cela peut être expliqué par le contexte de changements majeurs pendant le déroulement de notre étude et aussi par les ressources institutionnelles stratégiques limitées attribuées à la santé buccodentaire. Le manque de temps et l'ambiguïté des rôles en lien avec la santé buccodentaire semblent constituer des obstacles importants à la prestation de soins buccodentaires, surtout chez les infirmières et les travailleurs sociaux. Nos résultats rejoignent ceux des études de synthèse sur les réformes des systèmes de santé visant des soins intégrés au Royaume-Uni et aux États-Unis et suggèrent qu'en même temps que la formation, les contraintes organisationnelles devraient être considérées pour favoriser l'adoption des stratégies d'intégration dans la pratique de ces intervenants^{58,59}.

Aussi, les participants percevaient les pratiques en silo comme principal obstacle à la pratique interprofessionnelle. De telles pratiques en silo reflètent une réalité processuelle, mais aussi un aspect culturel, traduit par un manque de confiance dans les pratiques collaboratives⁶⁰.

Les intervenants dentaires participant à notre étude se sont montrés préoccupés par la charge de travail supplémentaire qu'accompagnerait le passage d'une collaboration informelle à une collaboration formelle. Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs autres études qui documentent des difficultés de collaboration entre les dentistes et les médecins⁶¹⁻⁶³. Sippli et al.⁶⁴ soulignent que les médecins généralistes et les dentistes signalent des déficits de connaissances perçus dans l'autre profession en ce qui concerne les médicaments ainsi que les maladies dentaires systémiques et générales. Souvent ce déficit de connaissances chez les membres de l'autre discipline est mis de l'avant avec des critiques sur différents aspects de gestion des patients de chacun⁶⁵. Les attentes concernant l'étendue de la collaboration apparaissent divergentes : alors que les dentistes souhaiteraient étendre la collaboration, la plupart des omnipraticiens ne voient pas le besoin de collaborer⁶⁶. Quinonez et al.⁶⁷ suggèrent que, malgré un certain intérêt pour la collaboration avec les professionnels du secteur public de santé, la profession dentaire préfère le statu quo. De plus, les professionnels dentaires œuvrant en santé publique doivent réfléchir à leur façon de travailler avec des médecins et d'autres professionnels de la santé, communiquer et échanger des idées liées à la prestation de soins coordonnés dans un contexte qui confère peu de visibilité politique à la santé buccodentaire.

Les professionnels dentaires participants à l'étude se sont montrés ambivalents quant à l'importance de l'intégration. Aucun de ces professionnels dentaires n'était familier avec les notions de soins primaires, services de première ligne, services intégrés, ce qui pourrait expliquer cette ambivalence. Cependant, ils ont tous souligné l'importance d'une couverture publique des services buccodentaires de base pour les groupes vulnérables de population. Cela correspond à la vision véhiculée par plusieurs organisations professionnelles du domaine dentaire selon laquelle un système de santé idéal devrait inclure une couverture minimale pour de soins et de services buccodentaires pour les populations qui ont besoin des services buccodentaires et qui n'ont pas les moyens. L'OMS propose un *basic package of oral care* – BPOC⁶⁸ disponible sans frais pour tous dans le secteur de soins primaires, comprenant trois composantes : le traitement buccodentaire d'urgence; le dentifrice aux fluorures; et le traitement de restauration atraumatique. Bien que d'une grande importance, cette politique de l'OMS ne fournit pas de recommandations en ce qui concerne le personnel impliqué et l'étendue du service

offert, mais suggère la mise en œuvre de projets à petite échelle pour évaluer leur efficacité dans les conditions locales avant d'introduire le BPOC à une plus grande échelle.

Dans notre étude de cas, nous avons pris connaissance des initiatives développées localement pour favoriser le développement de soins buccodentaires dans le secteur de soins primaires. Parmi ces initiatives, l'intégration d'un champion en santé buccodentaire dans l'équipe de soins primaires fait partie des principales stratégies du nouveau programme de soins buccodentaires pour les aînés en CHSLD⁶⁹. Elle met à profit le leadership pour favoriser un renouvellement des pratiques. Bakari et al.⁷⁰ soulignent que, pour une mise en œuvre réussie d'un changement planifié, les leaders locaux respectés pour leur expertise rallient les intervenants et inspirent une volonté de changement qui développera, à son tour, l'engagement de l'équipe.

Nos résultats suggèrent que le progrès de l'intégration de la santé buccodentaire aux soins primaires nécessite des conceptions adaptées (guides de pratique, outils de saisie de données) et des approches spécifiques à chaque rôle professionnel. Puisque le rôle des professionnels de la santé est appelé à évoluer en raison des transitions épidémiologique, démographique et culturelle, les professionnels verront leurs pratiques se transformer par une participation à des réseaux de services intégrés. Les études portant sur l'analyse des dynamiques entourant la naissance et le fonctionnement de réseaux de services intégrés confirment que ces derniers émergent de l'engagement des professionnels à modifier leurs pratiques⁷¹. MacNaughton et al.⁷² ont étudié la construction des rôles dans des équipes interdisciplinaires et ont rapporté l'impact positif de la perception de la responsabilité professionnelle sur les processus d'intégration des soins primaires.

5.3. Pertinence des choix méthodologiques et limites de la démarche

Comme l'expliquent de manière détaillée Rebecca Armstrong et son groupe de recherche⁷³, ainsi que Arksey et O'Malley⁷⁴, les objectifs d'une étude de portée comprennent : i) la recension des écrits d'un domaine d'intérêt en termes de volume, de nature et de caractéristiques des recherches; ii) le résumé et la diffusion des résultats de recherche ; iii) l'appréciation de l'utilité

de procéder à une revue systématique, et iv) l'identification des lacunes de la recherche. En fait, une étude de portée est une étape préalable à une revue systématique.

De façon similaire aux revues systématiques, les études de portée utilisent des méthodes rigoureuses pour identifier et analyser de manière exhaustive l'ensemble des écrits⁷⁵. Elles présentent une vue d'ensemble d'un corpus vaste et diversifié d'écrits sur un sujet, tandis qu'une revue systématique rassemble les preuves empiriques d'un certain nombre d'études relatives à des questions de recherche à portée restreinte⁷⁶⁻⁷⁸.

L'étude de portée nous est apparue comme l'outil idéal pour atteindre notre premier objectif de recherche. Dans un premier temps, elle nous a permis d'examiner l'étendue et le type des recherches portant sur l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires, domaine très peu exploré. Un ensemble de bases de données et de sites *Web* ont fait l'objet de notre recherche, 1619 publications ont été trouvées et analysées et 104 ont constitué la base de notre étude. De ce nombre, seulement 37 ont été des recherches originales, dont deux essais contrôlés randomisés. Nous avons aussi été en mesure d'examiner l'état des connaissances et les concepts clés de l'intégration des services buccodentaires et des soins primaires, qui pourraient faciliter l'élaboration ultérieure des meilleurs modèles de pratique.

Certains aspects méritent une attention particulière lorsque l'on compare entre elles les études incluses dans la présente étude de portée. D'abord, les études sélectionnées sont hétérogènes, tant du point de vue de leurs devis de recherche, que par la diversité des interventions expérimentées, les systèmes de soins dans lesquels elles prennent place, les contextes cliniques concernés, les thématiques abordées et les durées d'intervention. Il s'avère donc difficile de synthétiser les données provenant de divers devis de recherche, d'autant plus que pour certaines stratégies, surtout dans le domaine normatif de l'intégration, seul un petit nombre d'études a été relevé. De plus, étant donné que beaucoup de publications retenues décrivaient des projets ou programmes dans leur ensemble sans mentionner des résultats explicites, il est alors difficile d'évaluer le degré et l'ampleur de l'intégration ou d'obtenir une compréhension complète de l'impact de ses composantes.

Dans le cadre de cette étude de portée, l'exclusion des articles rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais est susceptible d'avoir entraîné un biais de sélection. De plus, la complexité du concept d'intégration pourrait avoir eu un impact sur les termes de recherche utilisés et, par conséquent, sur l'extraction des études pertinentes. Cependant, nous n'avons pas restreint la recherche à aucune thématique de soins primaires (dépistage, prévention, traitement, suivi, etc.). Par ailleurs, la recherche bibliographique a été réalisée avec l'aide d'un expert bibliothécaire, ce qui a permis une vérification de la fiabilité de la démarche. Enfin, l'étude de portée est un examen de nature itérative et exploratoire qui, contrairement aux examens systématiques, n'évalue pas de manière critique les études retenues et le risque de biais ^{74, 76-78}. Nous avons ainsi obtenu un aperçu descriptif des écrits sans procéder à une évaluation critique des études individuelles.

L'utilisation du cadre conceptuel de soins primaires intégrés dans notre étude de portée nous a permis de mieux cibler les lacunes des recherches sur le sujet de la thèse, par niveau et domaine d'intégration. Les thèmes identifiés orientent les recherches futures pour guider l'intégration des pratiques de soins buccodentaires primaires. Nous avons été en mesure de souligner notamment l'absence des recherches d'évaluation rigoureuses, l'orientation des recherches existantes vers les volumes de services plutôt que vers des résultats de santé et la reconnaissance clinique des besoins de santé buccodentaire comme étant un élément essentiel pour assurer la pérennité et la rentabilité des modèles intégrés de santé buccodentaire.

Selon Hill et Spittlehouse⁷⁹, la recherche qualitative doit être «rigoureuse» et «fiable», et les chercheurs doivent examiner systématiquement les preuves issues de la recherche qualitative pour évaluer leur validité et leur pertinence avant de les utiliser pour éclairer une décision. Notre étude de cas respecte les critères éthiques, utilise des méthodes appropriées et rigoureuses et s'attarde à la clarté et à la cohérence des rapports des résultats nécessaires pour les besoins des utilisateurs de connaissances⁸, tel que décrit dans chapitre de méthodologie.

Selon Miles et Huberman⁸⁰, l'utilisation d'un cadre conceptuel dans une étude de cas soutient et informe la recherche et explique, sous des formes graphique et narrative, les facteurs clés et les concepts à étudier. Dans notre étude de cas, le cadre conceptuel a fait état de la conception

de l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires et il nous a aidé à affiner les objectifs, à sélectionner les méthodes appropriées et à identifier les limites potentielles de la démarche. Le cadre conceptuel a aussi eu la fonction d'informer la conception de l'analyse croisée des données de l'étude de portée avec les données de l'étude de cas, composante synthétique de notre recherche.

Les études de cas de nature qualitative sont utiles pour l'étude d'un phénomène dans son contexte naturel^{81,82}, et elles occupent un rôle central dans l'évolution des recherches organisationnelles. Même si plusieurs types de données auraient pu permettre une analyse de l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires, notre étude de cas est basée sur l'expérience des intervenants de soins primaires. Nous avons utilisé une étude de cas multiples (deux cas) qui permet une collecte de données plus étendue que l'étude de cas unique, et donc une description plus «convaincante et précise» des aspects reliés à cette intégration^{82,83}.

Une limite méthodologique découle de la délimitation du secteur de soins primaires dans notre étude. Premièrement, au Québec, les organisations communautaires forment un groupe d'acteurs qui aurait pu enrichir notre collecte de données et, par conséquent, nos résultats. Cependant, l'analyse des activités des organisations communautaires sur le territoire du centre urbain ne nous a montré aucune activité reliée à la santé buccodentaire. Deuxièmement, l'exclusion des pharmaciens en tant qu'acteurs de soins primaires pourrait avoir eu un impact sur les résultats de l'étude qualitative. Ces milieux pourraient présenter des caractéristiques différentes des participants à l'étude. Cependant, notre étude de portée a inclus ces milieux et les résultats ne permettent pas d'identifier d'éléments nouveaux ou divergents des résultats de l'étude qualitative. En troisième lieu, l'étude n'a pas inclus les points de vue des patients ; ils devraient être considérés dans des recherches futures. En effet, le concept de soins primaires englobe une dualité fonctionnelle, soit une conception axée sur la santé des individus et sur celle d'une population³. Les soins centrés sur la personne reflètent la perspective bio-psycho-sociale de la santé qui reconnaît que les problèmes de santé ne sont pas seulement synonymes de maladies³. Ces soins sont basés sur les préférences, les besoins et les valeurs personnels (c'est-à-dire la compréhension du sens personnel attribué à une maladie). Le point de vue des personnes a donc son importance.

5.4. Implications pour la recherche

Dans la présente étude, nous avons été en mesure d'identifier de manière systématique les lacunes dans les recherches portant sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires. Nous dégageons ici les aspects nécessitant des études plus poussées en tant qu'axes de recherche prometteurs dans ce domaine pour faciliter la communication, la formulation de politiques, le développement et l'évaluation de programmes dans le domaine des soins buccodentaires intégrés.

Cette thèse s'attarde principalement sur le secteur public de soins primaires. Puisque la majorité des services buccodentaires sont dispensés dans le secteur privé, les recherches futures pourraient documenter les attentes des professionnels dentaires à l'égard des services publics. De plus, nous ne pouvons pas omettre l'importance des études d'évaluation des besoins de soins buccodentaires. Ces études devraient constituer le point de départ de toute démarche d'organisation de services.

Au niveau de l'intégration normative, le besoin de développer des recherches qui répondent aux besoins d'un large éventail de parties prenantes (organisations des services publics et privés, agences de santé publique, public, médias, etc.) est clairement un domaine de recherche prioritaire étant donné les univers culturels différents concernés par la santé buccodentaire, auxquels s'ajoutent un manque de priorité accordée à la santé buccodentaire par le public en général, d'autant plus que nos résultats démontrent que la perception des besoins dans ce domaine pourrait jouer un rôle important dans le changement de l'organisation des services.

Il importe que des recherches futures se penchent sur l'exploration des points de vue des patients sur l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires. Le patient est un membre à part entière de l'équipe de soins, avec des savoirs acquis par l'expérience de la maladie. Ces savoirs devraient constituer des leviers pour permettre une participation active des patients à la co-construction des pratiques renouvelées⁸⁴. Les résultats des recherches pourraient permettre de mieux comprendre les convictions, les opinions et les connaissances du public sur les services

de santé buccodentaire, l'influence des facteurs psychologiques sur l'acceptabilité sociale des services buccodentaires fournis par des professionnels non dentaires et ainsi les meilleures avenues pour communiquer les risques pour la santé.

D'autres études complémentaires sont aussi nécessaires pour explorer davantage les points de vue des intervenants et pour aborder les différents niveaux d'intégration des soins buccodentaires dans le secteur des soins primaires. Ces recherches pourraient examiner si les attentes liées à l'intégration des services buccodentaires influenceront positivement la satisfaction rapportée par les patients, les professionnels ou la pratique réelle des services buccodentaires primaires. D'autres recherches pourraient évaluer si les facilitateurs rapportés dans notre étude influenceront la pratique ou si la perception des professionnels de leur sentiment d'auto-efficacité aurait un rôle à jouer.

Notre recherche démontre que peu d'études se sont penchées sur l'évaluation des stratégies d'intégration des soins buccodentaires dans les soins primaires. Des recherches scientifiques rigoureuses, fondées sur les données probantes, sont nécessaires pour la pérennité des modèles intégrés de services buccodentaires. Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude pourrait être pris en considération pour leur évaluation.

Le cadre conceptuel permet l'utilisation de concepts similaires dans la description des cas de services intégrés dans différents pays; cela faciliterait l'exploration des similitudes et des différences entre ces modèles de soins. Une telle comparaison rigoureuse orienterait vers de nouveaux domaines/secteurs d'étude⁸⁵.

Plusieurs études ont utilisé ce cadre conceptuel comme outil d'évaluation des services existants pour nommer des degrés d'intégration et décrire des processus reliés surtout à la gestion de cas pour les patients atteints de maladies chroniques ou en soins palliatifs^{86,87}. D'autres études le proposent comme cadre évaluatif des différents programmes offrant des services intégrés, pour faciliter le choix des stratégies de communication et de collaboration interprofessionnelle dans des domaines qui nécessitent une approche d'équipe (les soins des personnes atteintes des maladies chroniques ou de comorbidités)^{88,89}. Nous croyons donc que son utilisation dans le

domaine des soins buccodentaires intégrés pourrait constituer une avenue intéressante pour des recherches futures, pour l'évaluation des résultats de l'intégration des diverses stratégies sur l'amélioration de la santé buccodentaire, la performance et les coûts encourus par les programmes de santé buccodentaire. Le suivi de cohortes de manière longitudinale serait nécessaire, afin de mieux comprendre les changements complexes induits par ces stratégies.

5.5. Conclusions et recommandations

Cette thèse constitue une ressource scientifique et empirique destinée à informer tous les acteurs intéressés à améliorer l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires au Québec. Elle contient des détails sur les concepts développés sur les services buccodentaires primaires intégrés et peut servir de tremplin pour des recherches futures. Développer et partager les connaissances, peaufiner les modèles de prestation de services, tester les modèles proposés dans différents systèmes de santé et développer des guides de mise en œuvre des approches intégrées constituent des objectifs à long terme pour lesquels nous proposons des priorités d'action.

- **Favoriser l'adoption des politiques de santé inclusives pour la santé buccodentaire**

Au niveau macro, malgré les difficultés inhérentes à la complexité de la demande de soins primaires dans un contexte de transformation et de diversité de leurs mandats, il est possible d'adopter et promouvoir à tous les niveaux de la gouvernance une vision collaborative inclusive pour la santé buccodentaire dans l'organisation des soins primaires. La mise en place de politiques en faveur de modèles de soins innovants pourrait faciliter cette intégration.

- **Augmenter la visibilité de la santé dentaire publique dans le réseau**

Le secteur de la santé dentaire publique pourrait être mieux connu dans les établissements de santé. L'apport de la santé dentaire publique à l'exercice de la responsabilité populationnelle est soutenu par la cohérence des politiques, des stratégies et des programmes entre les paliers national, régional et local. Actuellement, cette cohérence est souvent absente, donc une vision claire de la position et du rôle de la santé buccodentaire serait fort nécessaire, ainsi que le développement de la capacité politique de ce secteur. Par exemple, les cadres de référence régionaux sur les plans de services individualisés (PSI) contiennent les assises légales et les

principes directeurs de l'interdisciplinarité inhérente à leur élaboration et à leur coordination⁹⁰. Ces cadres sont mis à jour avec la consultation des diverses instances des secteurs de déficience intellectuelle, du soutien aux personnes âgées, du réseau en santé mentale et en dépendance, mais sans implication de la santé dentaire publique. Étant donné les besoins complexes des patients qui bénéficient de ces PSI, une expertise en santé dentaire publique dans le secteur public de santé pourrait apporter une valeur ajoutée dans la prise en charge globale de ces personnes.

- **Prioriser les facteurs d'intégration fonctionnelle et normative**

Au niveau méso, pour faire progresser l'intégration de la santé buccodentaire dans les soins primaires, il est nécessaire d'adapter des approches spécifiques à chaque rôle professionnel, en tenant compte des besoins de chaque profession, en analysant le contexte et les rapports entre les professionnels. L'intégration du personnel dentaire dans les équipes interprofessionnelles contribue à la sensibilisation du personnel non dentaire aux problèmes de santé buccodentaire et au développement des réseaux de coordination de services en soins primaires. L'optimisation des actions visant l'intégration des services buccodentaires aux soins primaires nécessite aussi une gestion intégrée des leviers informatiques pour permettre un accès rapide à des informations fiables. Les outils cliniques informatisés sont essentiels pour soutenir l'évolution et l'encadrement des pratiques, pour assurer la sécurité et la qualité des services. Cependant, dans le système de santé actuel, très peu d'applications contiennent des informations sur la santé buccodentaire des patients. De plus, les informations existantes ne sont pas centralisées. Cet aspect rend difficile la mise en œuvre et l'évaluation des programmes dans ce domaine, raison pour laquelle il y a urgence d'intégrer les dossiers médicaux et dentaires pour éviter les incohérences cliniques et maintenir la qualité, la sécurité et la réduction des coûts des services.

- **Développer des programmes de formation**

Au niveau micro, pour initier et maintenir des changements dans la pratique de soins primaires, la formation est essentielle. La formation pour la santé buccodentaire doit être accessible aux intervenants. Elle doit aussi être polyvalente pour permettre une grande souplesse du point de vue de l'intégration d'un contenu cohérent et pertinent pour les rôles des différents

professionnels et favoriser leur capacité d'adaptation. Ainsi, les programmes de formation mis en place devraient favoriser les activités qui utilisent les structures locales et être inclusifs. Dans le cas des professionnels dentaires, des formations sur le leadership et les pratiques collaboratives peuvent les outiller pour faciliter d'adoption des stratégies d'intégration de soins primaires. Ces formations représentent des occasions de prendre du recul par rapport aux responsabilités quotidiennes, d'examiner l'organisation du travail, de réfléchir à la manière dont l'avenir pourrait se dérouler et de développer une vision claire sur les rôles des différents professionnels en santé buccodentaire. Le leadership dans l'enseignement dentaire s'avère nécessaire dans trois domaines critiques: la compétence culturelle, la santé buccodentaire des personnes atteintes des troubles cognitifs et les valeurs éthiques et professionnelles⁹¹

. Étant donné l'isolement historique de la dentisterie, il est nécessaire que les universités fassent aussi preuve d'un solide leadership pour faire évoluer l'enseignement et faciliter des collaborations entre la dentisterie, la médecine et les autres professions de la santé. Les futurs professionnels doivent maintenir les exigences de leurs pratiques professionnelles, tout en reconnaissant les processus sociaux et historiques qui tiennent à l'écart des services de santé certains groupes de population. Un meilleur partenariat des établissements de santé avec les institutions académiques pourrait assurer une plus grande adéquation entre la formation, initiale ou continue et les compétences spécifiques en soins primaires au regard de la santé buccodentaire. Les universités sont fortement interpellées par l'arrimage entre formation et pratique professionnelle et devraient pouvoir compter sur l'appui des pouvoirs publics pour mieux accomplir leur rôle. Ces changements nécessitent du leadership, un engagement des intervenants de soins primaires à tous les niveaux, ainsi qu'un cadre intégratif de responsabilisation qui englobe la profession dentaire.

L'objectif d'amélioration de la santé buccodentaire ne pourra pas être atteint que par l'innovation et l'engagement d'un large éventail des parties prenantes à construire un réseau collaboratif pour soutenir ce changement.

5.6. Sources documentaires

1. U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Coordinating Committee. U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Strategic Framework, 2014-2017. *Public Health Rep.* 2016 Mar-Apr;131(2):242-57.
2. Phillips KE, Hummel J. Oral Health in Primary Care: A Framework for Action. *JDR Clin Trans Res.* 2016 Apr;1(1):6-9.
3. Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeel, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013(Jan–Mar).
4. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care.* 2000 Nov 1;1:e08.
5. Goodwin N. Understanding and Evaluating the Implementation of Integrated Care: A ‘Three Pipe’ Problem. *Int J Integr Care.* 2016;16(4):19.
6. MacAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review [En ligne]. Canadian Policy Research Networks; 2008 [cité le 14 juillet 2018]. Disponible : <http://brainxchange.ca/Public/Files/Primary-Care/HQPC/Care-of-the-Eldery-integrate-care.aspx>.
7. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77-110.
8. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12.
9. Banks P. Policy Framework for Integrated Care for Older People [En ligne]. London: King’s Fund. London; 2004 [cité le 16 février 2017]. Disponible : www.kingsfund.org.uk.
10. Hollander M, Price M. Organizing healthcare delivery systems. *Healthc Q.* 2008, 11(1): 44-54.
11. Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Bruijnzeels MA. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Fam Pract.* 2015 May 22;16:64..
12. Barry SE, Burke S, Boyce M, Eustace-Cook J, Normand C, Thomas S. Implementing Universal Healthcare implies Integrated Care Design - findings from a systematic review of the organisational challenges of implementing UHC policy. *Int J Integr Care.* 2017;17(5):A477.

13. Valentijn PP. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(2):3.
14. World Health Organization (2002) Working with Countries Mental Health Policy and Service Development Projects. World Health Organization, Geneva.
15. World Dental Federation. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas [En ligne]. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015. [cité le 8 mars 2020]. Disponible: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf.
16. Global goals for oral health in the year 2000. Fédération Dentaire Internationale. *Int Dent J*. 1982 Mar;32(1):74-7.
17. Petersen P, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral Health information systems--towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9).
18. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health*. 2004;21(4 Suppl):319–29.
19. Lester H, Glasby J. Mental Health Policy and Practice. Palgrave MacMillan, New York 2010, pp. 228
20. McAllister M. A health policy paradox: the mind-body disconnect in primary mental healthcare policy. Part 1. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17, 163–167.
21. Whiteford H. Leadership in mental health policy: the national context. *Australian Psychiatry*. 2005; 13, 21–25.
22. Mullen J. History of Water Fluoridation. *Br Dent J* 2005;199, 1–4.
23. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – world health assembly 2007. *Int Dent Journal*. 2008;58:115–21.
24. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(3):155–94.
25. Rowan-Legg A. Oral Health care for children – a call for action. *Paediatr Child Health*. 2014;18(1):37–43.
26. Williams S, Jamieson L, MacRae A, Gray C. Review of indigenous oral health [En ligne]. Australian Indigenous HealthInfoNet; 2011 [cité le 1 juillet 2017]. Disponible : <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/other-health-conditions/oral/reviews/our-review>.

27. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics*. 2008 Dec;122(6):1387-94.
28. British Society for Disability and Oral Health. Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of People with Learning Disabilities [En ligne]. England; 2012 [cité le 26 février 2017]. Disponible : http://www.wales.nhs.uk/documents/BSDH_Clinical_Guidelines_PwaLD_2012.pdf.
29. Gobet P, Galster D, Repetti M, Scherer F, Constantin E. Le case management en contexte. Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif. Lausanne, EESP, 2016.
30. Fabbri E, De Maria M, Bertolaccini L. Case management: an up-to-date review of literature and a proposal of a county utilization. *Ann Transl Med*. 2017 Oct;5(20):396.
31. WHO. Integrated care models: an overview [En ligne]. Regional office for Europe. World Health Organization; 2016 [cité le 16 août 2018] Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.
32. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Dec;28(6):399-406.
33. Hoben M, Clarke A, Huynh KT, Kobagi N, Kent A, Hu H, Pereira RAC, Xiong T, Yu K, Xiang H, Yoon MN. Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2017 Aug;73:34-51.
34. Wårdh I, Hallberg LR, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care—a low priority in nursing. In-depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(2):137-42.
35. Poudel P, Griffiths R, Wong VW, Arora A, George A. Knowledge and practices of diabetes care providers in oral health care and their potential role in oral health promotion: A scoping review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017 Aug;130:266-277.
36. Ek K, Browall M, Eriksson M, Eriksson I. Healthcare providers' experiences of assessing and performing oral care in older adults. *Int J Older People Nurs*. 2018 Jun;13(2):e12189.
37. Villarosa AR, Clark S, Villarosa AC, Patterson Norrie T, Macdonald S, Anlezark J, Srinivas R, George A. Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: Perceptions of care staff. *Gerodontology*. 2018 Apr 23.
38. Welie JVM. Is Dentistry a Profession? Part 1, 2, 3. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(8):529–32; 599-602; 675-8.

39. Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen RAJ, Minkman MMN. Values of Integrated Care: A Systematic Review. *Int J Integr Care*. 2018 Nov 15;18(4):9.
40. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, Dessers E and Vrijhoef HJ. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *The Milbank Q*. 2016; 94: 862–917.
41. Powell V, Din FM. Call for an integrated (medical/dental) health care model. Conference on the electronic health record: Best practices and new horizons; 1-3 October, 2008; Wake Forest University Translational Science Institute, Winston-Salem, NC, USA.2008.
42. Sonnenberg LK, Pritchard-Wiart L, Busari J. The resident physician as leader within the healthcare team. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl)*. 2018 May 8;31(2):167-182.
43. Silk H. The Future of Oral Health Care Provided by Physicians and Allied Professionals. *J Dent Ed*. 2017;81(8):eS171-eS179.
44. Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc*. 2010 Nov 26;3:213-24.
45. Provost M.-H. et coll. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives); 2007 [cité le 13 novembre 2018]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000970/>.
46. Assemblée nationale du Québec. Projet de loi no. 41. Loi modifiant la Loi sur la pharmacie [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2015 [cité le 24 août 2019]. Disponible : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-41-392.html?appellant=MC>.
47. Gouvernement du Québec. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2016 [cité le 24 octobre 2018]. Disponible : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2016-01-21-fr-reglement-activites-professionnelles-infirmiere.pdf>.
48. Zenzano T, Allan JD, Bigley MB, Bushardt RL, Garr DR, Johnson K, Lang W, Maeshiro R, Meyer SM, Shannon SC, Spolsky VW, Stanley JM. The roles of healthcare professionals in implementing clinical prevention and population health. *Am J Prev Med*. 2011 Feb;40(2):261-7.
49. Tetuan T. The role of the nurse in oral health. *Kans Nurse*. 2004 Nov-Dec;79(10):1-2.

50. Gold JT, Tomar S. Oral Health Knowledge and Practices of WIC Staff at Florida WIC Program. *J Community Health*. 2016 Jun;41(3):612-8.
51. Mann RS, Marcenes W, Gillam DG. Is there a role for community pharmacists in promoting oral health? *BDJ* 2015, 218:10.
52. Heilbrunn-Lang AY, de Silva AM, Lang G, George A, Ridge A, Johnson M, Bhole S, Gilmour C. Midwives' perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15:110 <https://core.ac.uk/download/pdf/81565072.pdf>.
53. Negro KS1, Scott JM2, Marcenko M3, Chi DL. Assessing the Feasibility of Oral Health Interventions Delivered by Social Workers to Children and Families in the Foster Care System. *Pediatr Dent*. 2019 Jan 15;41(1):48-51.
54. Jackson SE, Hackett RA, Steptoe A. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Publi Health*. 2019;4 (4):200-8.
55. Coker E, Ploeg J, Kaasalainen S, Carter N. Nurses' oral hygiene care practices with hospitalised older adults in postacute settings. *Int J Older People Nurs*. 2017 Mar;12(1).
56. Andersson K, Furhoff AK, Nordenram G, Wardh I. "Oral health is not my department" Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: A qualitative interview study. *Scan J Car Sci*. 2007;21(1):126-33.
57. Gouvernement du Québec. Commissaire à la santé et au bien-être. La performance du système de santé et des services sociaux québécois ? [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2016 [cité 25 août 2019]. Disponible : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf.
58. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. An Overview of Integrated Care in the NHS: What Is Integrated Care? [En ligne]. London, England: Nuffield Trust; 2011 [cité 28 juillet 2019]. Disponible: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>.
59. Kodner D. Introduction to Integration. *All Together Now: A conceptual exploration of integrated care*. *Healthc Q*, 13(Sp) October 2009: 6-15.
60. Kreindler SA, Dowd DA, Dana Star NO, Gottschalk T. Silos and social identity: the social identity approach as a framework for understanding and overcoming divisions in health care. *Milbank Q*. 2012;90(2):347–374.
61. Mac Entee M, Thorne S, Kazanjian A. Conflicting priorities: oral health in long-term care. *Spec Care Dent*. 1999;19(4).

62. Hallberg U, Klingberg G. Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci.* 2005;113(5):363-8.
63. Rabiei S, Mohhebi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC public health.* 2012;12:855-68.
64. Sippli K, Rieger MA, Huettig F. GPs' and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration: findings from a qualitative study in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2017 (17): 179.
65. Holzinger F, Dahrendorf L, Heintze C. Parallel universes? The interface between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2016;33(5)557–561.
66. Tennebaum A, Folliguet M, Berdougou B, Herve C, Moutel G. Improving the physician-dental surgeon relationship to improve patient care. *Presse Medicale.* 2008;37:564-70.
67. Quiñonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *J Public Health Dent.* 2009 Spring;69(2):64-73.
68. Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. Basic package of oral care [En ligne]. WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios. College of Dental Science University of Nijmegen, The Netherlands [cité 28 juillet 2019]. Disponible : <http://www.chdentalinstitute.org/images/BPOC.pdf>.
69. MSSS. Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD - Cadre de référence [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux [cité 25 août 2019]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002241/>.
70. Bakari H, Hunjra AI, Niazi GB. How Does Authentic Leadership Influence Planned Organizational Change? The Role of Employees' Perceptions: Integration of Theory of Planned Behavior and Lewin's Three Step Model. *J Change Man,* 2017;17(2):155-87.
71. Lamothe L. La dynamique interprofessionnelle : la clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. Dans : Valette A, Contandriopoulos A-P, Contandriopoulos D, eds. *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2006:141-58.
72. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013 Nov 24;13:486.
73. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health.* 2011, 33(1): 147-50.

74. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8:19–32.
75. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*. 2014 Dec;5(4):371-85.
76. Grant M, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26:91–10.
77. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [En ligne] The Cochrane Collaboration; 2011 [cité le 28 juillet 2019] Disponible: <http://www.cochrane-handbook.org>.
78. Khalil H, Peters M, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Parker D. An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016 Apr;13(2):118-23.
79. Hill A, Spittlehouse C. What is critical appraisal? [En ligne] *Evidence-based Medicine*; 2001;3:1–8 [cité le 27 juillet 2019] Disponible <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.524.2610&rep=rep1&type=pdf>
80. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. 2e édition. Sage Publications. Bibliothèque nationale Paris; 2003, p.18.
81. Stake R. The art of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995; p.49-68.
82. Yin RK. *Case Study Research Design and Methods*. (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2014; 282 pages.
83. Casey D, Houghton C. Clarifying case study research: examples from practice. *Nurse Res*. 2010;17(3):41-51.
84. Pomey M, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M, Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 2015. s1(HS) :41-50.
85. Breton M, Steele Grey C, Sheridan N, Shaw J, Parsons J, Wankah P, et al. Implementing Community Based Primary Healthcare for Older Adults with Complex Needs in Quebec, Ontario and New-Zealand: Describing Nine Cases. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):12.
86. Bainbridge D, Brazil K, Krueger P, Ploeg J, Taniguchi A, Darnay J. Measuring horizontal integration among health care providers in the community: an examination of a collaborative process within a palliative care network. *J Interprof Care*. 2015 May;29(3):245-52.

87. van der Klauw D, Molema H, Grooten L, Vrijhoef H. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *Int J Integr Care*. 2014;14(3):None.
88. Angus L, Valentijn PP. From micro to macro: assessing implementation of integrated care in Australia. *Aus J Primary Health*. 2017; 24: 59-65.
89. Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, Frølich A. Instruments to assess integrated care: A systematic review. *Int J Integr Care*. 2014;14(3):None.
90. MSSS. Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017 [cité 29 juillet 2019]. Disponible : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf.
91. Andrews EA. The Future of Interprofessional Education and Practice for Dentists and Dental Education. *J Dent Ed*. 2017; 81(8):eS186-eS192.

ANNEXES

Annexe 1

Cadre conceptuel – Permission d'utilisation



Annexe 2

Guide d'entrevue des intervenants de première ligne (version en français)

PLAN D'ENTRETIEN

Date:

Numéro d'entretien

Heure et lieu:

DÉBUT DE L'ENTRETIEN

1. Saluer la personne, se présenter
2. Expliquer le but de la rencontre, informer sur la durée et permettre à la personne de lire les informations
3. Inviter la personne à clarifier ses questions, faire signer le consentement, garder une copie
4. Décrire le déroulement de la rencontre
5. Avant de commencer, rappeler à la personne que l'anonymat sera respecté, les noms des personnes auxquelles on peut faire référence seront gardés anonymes
6. La discussion peut être terminée à tout moment si la personne le désire
7. Installer l'enregistreuse (test)

DIRIGER L'ENTRETIEN

1. Commencer avec des questions ouvertes pour encourager la spontanéité, ensuite diriger vers les sujets d'intérêt (funnelling technique)
2. Faire des synthèses courtes pour s'assurer de la compréhension des sujets abordés et pour donner l'opportunité que la personne apporte des informations supplémentaires. Reformuler : si je comprends bien ce que vous me dites, vous...
3. Il est possible que les personnes adressent les thèmes souhaités dans un autre ordre que prévu. Si le cas, laisser la personne s'exprimer, ne pas forcer un ordre des sujets

SECTION 1: Introduction

1. Quel est votre rôle actuel? Depuis quand?
2. Qu'est-ce que la première ligne représente pour vous?
3. Qu'est-ce qui vous motive à travailler dans la première ligne?

SECTION 2: Intégration clinique (existante ou non)

1. Avec quelle clientèle travaillez-vous?
2. Quels sont les besoins de santé et sociaux de cette clientèle?

3. Supposons que je suis un patient qui vient vous voir pour une raison X, comment allez-vous procéder pour m'évaluer?
4. Dans quelle mesure considérez-vous la santé buccodentaire dans cette évaluation?
5. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez (si le cas) lorsque vous devez réaliser une évaluation de la santé buccodentaire (ou d'un aspect touchant la santé buccodentaire)?
6. Supposons que je suis un patient et que j'ai mal à une dent, qu'allez-vous faire de cette information?
7. Quel rôle jouez-vous en matière de santé buccodentaire des individus?
8. Rôle direct ou indirect,
9. Quels types de soins buccodentaires pouvez-vous offrir en première ligne?
10. Quels sont les éléments qui vous aideraient pour contribuer à une meilleure prise en charge de la santé buccodentaire?
11. Sur le plan professionnel
12. Sur le plan organisationnel
13. Sur le plan personnel
14. Lorsque vous identifiez un problème buccodentaire auquel vous ne pouvez répondre, quelles sont vos stratégies pour trouver une solution?

SECTION 3: REPRÉSENTATION DE L'INTÉGRATION

1. À quoi réfère pour vous l'idée d'intégration des services?
2. En quoi selon vous la notion de coordination et celle d'intégration diffèrent-elles l'une de l'autre?
3. Quand vous entendez « intégration des soins buccodentaires à la première ligne », qu'est-ce que cela vous suggère?
4. Comment cette intégration peut être utile pour la population?
5. Quelles sont les ressources disponibles dans votre organisation pour intégrer les soins buccodentaires à la première ligne?
6. Comment vous voyez les rôles de différents intervenants (infirmières, dentistes, médecins...)? Quel serait le rôle des gestionnaires?
7. Qui devrait être impliqué?
8. Comment les collaborateurs pourraient être impliqués?
9. Dans votre centre, comment jugez-vous le caractère intégré des soins buccodentaires à la première ligne ?
10. Racontez-moi une situation clinique pour laquelle vous estimez qu'il y a eu intégration des services buccodentaires à la première ligne.
11. Racontez-moi une situation clinique pour laquelle vous estimez qu'il n'y a pas eu intégration des services buccodentaires à la première ligne.
12. Que faudrait-il changer dans l'organisation des services pour soutenir une meilleure intégration des services buccodentaires à la première ligne?
13. Relancer sur le système d'information clinique (ex. : dossier)
14. Relancer sur les outils cliniques, les outils d'évaluation, les outils de planification des services
15. Relancer sur les dispositifs de coordination comme la gestion de cas ou l'intervenant de liaison

16. Relancer sur les protocoles interprofessionnels et intersectoriels
17. Qui devrait prendre le leadership d'une intervention intégrée en matière de santé buccodentaire?
18. Comment serait votre expérience de travail si les services buccodentaire seraient intégrés à la première ligne?

SECTION 4: INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE

1. Comment l'organisation peut aider pour une meilleure prise en charge de la santé buccodentaire?
2. Quels sont d'après vous les facteurs (organisationnels) qui aideraient à l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne de votre établissement?
3. Quels sont d'après vous les facteurs (organisationnels) qui empêcheraient à l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne de votre établissement?
4. Comment votre fonction actuelle vous permet de jouer un rôle dans l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne? (directement ou indirectement)
5. Comment vous pensez que cette intégration serait reçue (par le personnel, gestionnaires...)

SECTION 5: INTÉGRATION NORMATIVE

1. Qu'est-ce que vous pensez d'un modèle universel (unique) d'intégration?
2. Existe-t-il des normes, des guides de pratiques, des protocoles qui soutiennent l'intégration des services buccodentaires à la première ligne? Si oui, me les décrire.
3. Comment peut-on développer des normes, guides cliniques, protocoles pour les différents professionnels pour favoriser cette intégration?

SECTION 6: MISE EN ŒUVRE DE L'INTÉGRATION

1. Quels types de soins buccodentaires voudriez-vous retrouver dans la première ligne?
2. Quels secteurs (CHSLD, écoles, etc.)

FIN DE L'ENTRETIEN

1. Avez-vous des choses à rajouter?
2. Remercier à la personne pour le temps et contribution
3. Demander à la personne si elle peut être recontactée au besoin

APRÈS L'ENTRETIEN

- Vérifier l'enregistrement
- Écrire des observations faites pendant l'entretien

Guide d'entrevue des intervenants de première ligne (version en anglais)

INTERVIEW PLAN

Date

Number of interview

Time and place

OPENING THE INTERVIEW

1. Greet the applicant; introduce yourself (interviewer /position) and make the interviewee feel comfortable
2. Explain the purpose of the interview, inform candidate of the duration of the interview allow interviewee to read
3. Invite the interviewee to clarify any doubts regarding the interview, and sign the 2 copies of consent form (keep 1 copy)
4. Describe the interview process
5. Before starting mention to participant that :
6. Your anonymity will be respected:
7. "Your name will appear on no report, on no published document. If you quote names of persons during the interview, these names will not be revealed"
8. Underline that: "even if there is nothing really very indiscreet in the discussion, you can refuse at any time to answer or still to end the interview "
9. Install the tape recorder (make test of recording)

CONDUCTING THE INTERVIEW

1. Begin with unstructured, open questions to encourage the spontaneity, then encircle gradually the subject (funnelling technique)
2. Make brief syntheses at the end of sections to make sure that we understood well and to give the opportunity to individual to complete or to modify its statements (reformulation: " if I understood well what you say to me, you")
3. It is possible that, spontaneously, individuals approaches the themes of discussion on a different order which that describes in the following sections (for example in passing

directly of the section 1 in the section 3): in that case, not to try to respect the order of sections, the important is to facilitate its spontaneity while making sure that we approach all the strategic themes.

SECTION 1: BACKGROUND

1. What kind of role do you play among the team of professionals at this organisation / facility? And how many years have you spent in this capacity?) How about before that? Have you always been involved in similar roles ?)
2. What is your definition for primary care?
3. What is your motivation for working in the primary care?

SECTION 2: CLINICAL INTEGRATION (PRESENT OR ABSENT)

1. In your daily experience what are the clientele that you work for? What would you say are the most common needs / care requirements of the majority of your clientele on a day to day basis?
2. Let's say that I am a patient who comes to see you for a reason X, how do you proceed to evaluate me? (Do you have any protocols).
3. Do you consider oral health in your evaluation?
4. Which are the difficulties in oral health evaluation
5. Let's say I'm a patient with a tooth ache what would you do with this information?
6. What role do you play in oral health?
7. What kind oral care could you provide in primary care?
8. What are the elements (personal, professional, organizational) that may help you to contribute to a better management of oral health?
9. When you identify an oral problem that you cannot handle what do you do?

SECTION 3: THE NEED OF INTEGRATION

1. What is for you service integration?
2. Do you see any difference between coordination and integration?
3. When you hear about integrating oral health at primary care level what comes to your mind?

4. How do you think integration would benefit the population (oral health and access)
5. What resources are available in your organization to integrate oral health care in the primary care?
6. What do you think about the role of different members of primary care (nurses, long-term services) How do you think managers could play a role towards achieving integration?
7. Who should be involved? How do you think each partner will be able to contribute their opinions?
8. In your centre do you say the oral health services are integrated in primary care?
9. In your job capacity have you been familiar with or involved in any initiatives or discussions on integration of oral services at PHC level? I would like to know more about your experience – could you tell me how did you come about to be involved in such initiatives? What was the outcome?
10. What would be an opposite situation, with no integration?
11. What do we need to change in the organization -clinical information systems; clinical tools; coordination tools; clinical guides
12. How do you think the process should be initiated...practically speaking where do we begin? leadership
13. How do you think your experience with dental services would be if the services were integrated?

SECTION 4: ORGANIZATIONAL INTEGRATION

1. How can the organization help in better management of oral health?
2. What are the facilitators and barriers (organizational) with regard to integration of oral health in primary care?
3. How does your current position allow you to play a role in the integration of oral health in primary care?
4. How do you think integrated care would be received (have been received) by professionals, manager and policy makers?

SECTION 5: NORMATIVE INTÉGRATION

1. How do you feel about one single universal model of oral health care integration would address the needs in all kinds of community settings?
2. How we can develop norms, practical guidelines, protocols for other health care professionals to further achieve the integration of oral health care?

SECTION 6: IMPLEMENTATION

What kind oral care would you wish be provided in primary care? (in which section: long-term care, schools,...)

CLOSING THE INTERVIEW

- Is there anything else which seems to you important and that you would like to talk about? any comment?
- Thank candidate for their time and contribution
- Ask if the participant can be contacted later if necessary

AFTER THE INTERVIEW

- Verify if the tape recorder
- Write down any observations made during the interview

PLAN D'ENTRETIEN

Date:

Numéro d'entretien

Heure et lieu:

DÉBUT DE L'ENTRETIEN

1. Saluer la personne, se présenter
2. Expliquer le but de la rencontre, informer sur la durée et permettre à la personne de lire les informations
3. Inviter la personne à clarifier ses questions, faire signer le consentement, garder une copie
4. Décrire le déroulement de la rencontre
5. Avant de commencer, rappeler à la personne que l'anonymat sera respecté, les noms des personnes auxquelles on peut faire référence seront gardés anonymes
6. La discussion peut être terminée à tout moment si la personne le désire
7. Installer l'enregistreuse (test)

DIRIGER L'ENTRETIEN

1. Commencer avec des questions ouvertes pour encourager la spontanéité, ensuite diriger vers les sujets d'intérêt (funnelling technique)
2. Faire des synthèses courtes pour s'assurer de la compréhension des sujets abordés et pour donner l'opportunité que la personne apporte des informations supplémentaires. Reformuler : si je comprends bien ce que vous me dites, vous...
3. Il est possible que les personnes adressent les thèmes souhaités dans un autre ordre que prévu. Si le cas, laisser la personne s'exprimer, ne pas forcer un ordre des sujets

SECTION 1: INTRODUCTION

1. Quel est votre rôle actuel? Depuis quand?
2. Qu'est-ce que la première ligne représente pour vous?
3. Qu'est-ce qui vous motive à travailler dans la première ligne?

SECTION 2: REPRÉSENTATION DE L'INTÉGRATION

1. À quoi réfère pour vous l'idée d'intégration des services?
2. En quoi selon vous la notion de coordination et celle d'intégration diffèrent-elles l'une de l'autre?

3. Quand vous entendez « intégration des soins buccodentaires à la première ligne », qu'est-ce que cela vous suggère?
4. Comment cette intégration peut être utile pour la population?
5. Quelles sont les ressources disponibles dans votre organisation pour intégrer les soins buccodentaires à la première ligne?
6. Comment vous voyez les rôles de différents intervenants (infirmières, dentistes, médecins...)? Quel serait le rôle des gestionnaires?
7. Qui devrait être impliqué?
8. Comment les collaborateurs pourraient être impliqués?
9. Dans votre centre, comment jugez-vous le caractère intégré des soins buccodentaires à la première ligne ?
10. Racontez-moi une situation clinique pour laquelle vous estimez qu'il y a eu intégration des services buccodentaires à la première ligne.
11. Racontez-moi une situation clinique pour laquelle vous estimez qu'il n'y a pas eu intégration des services buccodentaires à la première ligne.
12. Que faudrait-il changer dans l'organisation des services pour soutenir une meilleure intégration des services buccodentaires à la première ligne?
13. Relancer sur le système d'information clinique (ex. : dossier)
14. Relancer sur les outils cliniques, les outils d'évaluation, les outils de planification des services
15. Relancer sur les dispositifs de coordination comme la gestion de cas ou l'intervenant de liaison
16. Relancer sur les protocoles interprofessionnels et intersectoriels
17. Qui devrait prendre le leadership d'une intervention intégrée en matière de santé buccodentaire?
18. Comment serait votre expérience de travail si les services buccodentaires seraient intégrés à la première ligne?

SECTION 3: INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE

1. Comment l'organisation peut aider pour une meilleure prise en charge de la santé buccodentaire?
2. Quels sont d'après vous les facteurs (organisationnels) qui aideraient à l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne de votre établissement?
3. Quels sont d'après vous les facteurs (organisationnels) qui empêcheraient à l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne de votre établissement?
4. Comment votre fonction actuelle vous permet de jouer un rôle dans l'intégration des soins buccodentaires dans la première ligne? (directement ou indirectement)
5. Comment vous pensez que cette intégration serait reçue (par le personnel, gestionnaires...)

SECTION 4: INTÉGRATION NORMATIVE

1. Qu'est-ce que vous pensez d'un modèle universel (unique) d'intégration?

2. Existe-t-il des normes, des guides de pratiques, des protocoles qui soutiennent l'intégration des services buccodentaires à la première ligne? Si oui, me les décrire.
3. Comment peut-on développer des normes, guides cliniques, protocoles pour les différents professionnels pour favoriser cette intégration?

SECTION 5: MISE EN ŒUVRE DE L'INTÉGRATION

1. Quels types de soins buccodentaires voudriez-vous retrouver dans la première ligne?
2. Quels secteurs (CHSLD, écoles, etc.)

FIN DE L'ENTRETIEN

1. Avez –vous des choses à rajouter?
2. Remercier à la personne pour le temps et contribution
3. Demander à la personne si elle peut être recontactée au besoin

APRÈS L'ENTRETIEN

- Vérifier l'enregistrement
- Écrire des observations faites pendant l'entretien

INTERVIEW PLAN

Date

Number of interview

Time and place

OPENING THE INTERVIEW

1. Greet the applicant; introduce yourself (interviewer /position) and make the interviewee feel comfortable
2. Explain the purpose of the interview, inform candidate of the duration of the interview allow interviewee to read
3. Invite the interviewee to clarify any doubts regarding the interview, and sign the 2 copies of consent form (keep 1 copy)
4. Describe the interview process
5. Before starting mention to participant that :
6. Your anonymity will be respected:
7. "Your name will appear on no report, on no published document. If you quote names of persons during the interview, these names will not be revealed"
8. Underline that: "even if there is nothing really very indiscreet in the discussion, you can refuse at any time to answer or still to end the interview "
9. Install the tape recorder (make test of recording)

CONDUCTING THE INTERVIEW

1. Begin with unstructured, open questions to encourage the spontaneity, then encircle gradually the subject (funnelling technique)
2. Make brief syntheses at the end of sections to make sure that we understood well and to give the opportunity to individual to complete or to modify its statements (reformulation: " if I understood well what you say to me, you")
3. It is possible that, spontaneously, individuals approaches the themes of discussion on a different order which that describes in the following sections (for example in passing directly of the section 1 in the section 3): in that case, not to try to respect the order of sections, the important is to facilitate its spontaneity while making sure that we approach all the strategic themes.

SECTION 1: BACKGROUND

1. What kind of role do you play among the team of professionals at this organisation / facility? And how many years have you spent in this capacity? How about before that? Have you always been involved in similar roles ?
2. What is your definition for primary care?

3. What is your motivation for working in the primary care?

SECTION 2: THE NEED OF INTEGRATION

1. What is for you service integration?
2. Do you see any difference between coordination and integration?
3. When you hear about integrating oral health at primary care level what comes to your mind?
4. How do you think integration would benefit the population (oral health and access)
5. What resources are available in your organization to integrate oral health care in the primary care?
6. What do you think about the role of different members of primary care (nurses, long-term services) How do you think managers could play a role towards achieving integration?
7. Who should be involved? How do you think each partner will be able to contribute their opinions?
8. In your centre do you say the oral health services are integrated in primary care?
9. In your job capacity have you been familiar with or involved in any initiatives or discussions on integration of oral services at PHC level? I would like to know more about your experience – could you tell me how did you come about to be involved in such initiatives? What was the outcome?
10. What would be an opposite situation, with no integration?
11. What do we need to change in the organization -clinical information systems; clinical tools; coordination tools; clinical guides
12. How do you think the process should be initiated...practically speaking where do we begin? leadership
13. How do you think your experience with dental services would be if the services were integrated?

SECTION 3: ORGANIZATIONAL INTEGRATION

1. How can the organization help in better management of oral health?
2. What are the facilitators and barriers (organizational) with regard to integration of oral health in primary care?
3. How does your current position allow you to play a role in the integration of oral health in primary care?
4. How do you think integrated care would be received (have been received) by professionals, manager and policy makers?

SECTION 4: NORMATIVE INTÉGRATION

1. How do you feel about one single universal model of oral health care integration would address the needs in all kinds of community settings?

2. How we can develop norms, practical guidelines, protocols for other health care professionals to further achieve the integration of oral health care?

SECTION 5: IMPLEMENTATION

What kind oral care would you wish be provided in primary care? (in which section: long-term care, schools,...)

CLOSING THE INTERVIEW

1. Is there anything else which seems to you important and that you would like to talk about? any comment?
2. Thank candidate for their time and contribution
3. Ask if the participant can be contacted later if necessary

AFTER THE INTERVIEW

- Verify if the tape recorder
- Write down any observations made during the interview

Annexe 4

Grille de discussion

Bonjour à tous

D'abord, je vous remercie de votre intérêt pour ce projet qui a pour objectif de décrire la manière dont vous percevez l'intégration des services buccodentaires dans votre quotidien.

Dans le cadre de cet entretien, je veux essentiellement connaître votre opinion au sujet de votre rôle dans la santé buccodentaire des individus. Les échanges vont durer environ une heure.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des points de vue différents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Tous doivent se sentir à l'aise d'émettre leur opinion.

Pour faciliter la discussion, je vous demande de parler assez fort et une seule personne à la fois. Je vous demande aussi de lever la main pour obtenir la parole. J'enregistre parce que je ne veux pas perdre aucune des opinions émises. Aux fins de la discussion, je n'utiliserai que vos prénoms au besoin, mais ceux-ci seront remplacés par vos fonctions et des numéros lorsque je rédigerai le compte rendu, pour préserver l'anonymat.

Mon nom est Hermina et mon rôle est de poser des questions et d'écouter. Je ne prendrai pas part aux discussions. Je vous invite plutôt à discuter entre vous. Je prendrai des notes sur la discussion.

Lors des discussions de groupe, certains ont tendance à parler plus que d'autres. Comme je souhaite entendre toutes les personnes parce que tous ont une expérience particulière, il est possible que j'interrompe des personnes et que j'en invite d'autres à s'exprimer davantage. Je vous invite également à prendre des notes sur les feuilles mises à votre disposition afin de ne pas perdre votre idée en attendant votre tour de parole.

Y a-t-il des questions sur le déroulement de la rencontre?

Maintenant, je vous invite à me remettre le formulaire d'information et de consentement distribué avant le début de la rencontre.

- | | |
|--|--|
| Question 1
10 minutes | Parlez-moi de ce que vous faites, dans votre travail quotidien, en lien avec la santé buccodentaire?
(donnez des exemples/je pars d'un exemple) |
| Question 2
20 minutes | Quels sont les défis/les difficultés rencontrées ou que vous envisagez si vous aimerez en faire plus? |
| Question 3
20 minutes | Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer ce que vous faites? _
intégration solution pour la continuité
Sous questions/repères - système d'information clinique (ex. : dossier), les outils cliniques, les outils d'évaluation, outils de planification, dispositifs de coordination comme la gestion de cas ou l'intervenant de liaison, protocoles interprofessionnels et intersectoriels. |
| Question 4
10 minutes | Qu'est-ce que vous pensez des propositions de X?
(Défis dans les rôles? Comment surmonter?) |

**Résumé des
échanges
3 minutes**

Est-ce que quelqu'un parmi vous souhaite ajouter autre chose, apporter une précision?

J'invite les participants qui estimeraient n'avoir pu dire tout ce qu'ils pensaient au regard de l'une ou l'autre question au cours des échanges qui viennent d'avoir lieu, et qui le souhaiteraient, à fournir leur point de vue par écrit en l'envoyant par courriel à l'adresse indiquée dans votre formulaire d'information.

Annexe 5

Certificat d'approbation éthique de l'université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en santé

N° de certificat
14-097-CERES-D(2)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE - 2^{ème} renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Approche intégrée pour gérer les connaissances et intégration des soins buccodentaires aux services de première ligne: une étude participative // Nouveau titre: Étude synthétique de cas sur l'intégration de la médecine dentaire aux services de première li
Étudiante requérante	Hermína Teodorescu (TEOH28537106), Candidate au Ph. D., Faculté de médecine
Sous la direction de	Elham Emami, professeure agrégée, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal
Note :	Ajout de la subvention FRQS (juillet 2015). Modification du requérant principal à la faveur de l'étudiante (26 nov. 2015). Changement du titre du projet de recherche et modifications mineures aux objectifs (15 déc. 2015). Modifications mineures au protocole
Financement	
Organisme	IRSC // FRQS
Programme	Subvention sur la synthèse des connaissances // Subvention d'établissement de jeune chercheur clinicien
Titre de l'octroi si différent	Intégrer la médecine dentaire aux soins de santé communautaires de première ligne : une étude de portée.
Numéro d'octroi	329047 // FRQS: 32604
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

3 juillet 2017

Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*

28 octobre 2014

Date du certificat initial

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

1er août 2018

Date du prochain suivi

1er août 2018

Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe 6

Formulaire d'information et de consentement (version en français)

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DE CAS SUR L'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE DENTAIRE AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Candidate PhD en SANTÉ PUBLIQUE

Hermina Teodorescu, DMD, BSc sciences infirmières, MSc Adm.

Faculté de médecine, Université de Montréal

C.P.6128 succursale centre-ville

Montréal, H3C 3J7

Tél : 514-343-6111

Courriel : hermina.teodorescu @umontreal.ca

Directrice de recherche

Dre Elham Emami, DDS, MSc, PhD

Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

C.P. 6128, succursale centre-ville

Montréal, H3C 3J7

Tél: 514-343-6053

Courriel : elham.emami@umontreal.ca

Co-directeurs de recherche :

1. Yves Couturier, M.s.s., Ph.D.

Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gériatologie

Centre de recherche sur le vieillissement

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

1036, rue Belvédère Sud

Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 4C4

1-819 780-2220 p.45143

2. Lise Lamothe, PhD

Professeure titulaire, Département d'administration de la santé

Faculté de Médecine, Université de Montréal

Vice-doyenne Études, ESPUM

7101, avenue du Parc, bureau 3076

Montréal (Québec), H3N 1X7

Canada

Téléphone (514) 343-7983

Courriel : lise.lamothe@umontreal.ca

Formulaire d'information et de consentement

Renseignements généraux

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche qui porte sur les soins buccodentaires de première ligne au Québec. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Si vous avez des questions à propos de ce formulaire, nous vous invitons à les poser au chercheur et aux autres membres du personnel impliqués dans ce projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas bien compris.

Vous disposez d'une période de réflexion raisonnable pour donner votre accord et vous devez retourner le formulaire signé si vous acceptez de participer au projet de recherche.

Description du projet de recherche

L'enjeu principal de tout système de soins est de réduire les disparités d'accès aux services et d'améliorer la santé globale des individus. Différentes études ont mis en évidence des difficultés croissantes d'accès aux soins buccodentaires dans des régions défavorisées et pour certains groupes particuliers de population. Le but de cette étude est d'explorer comment les soins buccodentaires pourraient être intégrés aux services de première ligne et de comparer les données obtenues en milieu rural avec le milieu urbain. L'étude se basera sur des entretiens (individuels ou de groupe) avec les intervenants de première ligne et les gestionnaires. Les entretiens individuels se réaliseront en dehors des heures de travail. Les discussions de groupe peuvent faire partie des sujets abordés dans les rencontres d'équipe, si le chef de service considère le projet pertinent pour l'équipe. Le recrutement des participants se fera sur une base volontaire et avec l'aide des chefs des secteurs des services de première ligne visés par l'étude. Le projet sera présenté dans des rencontres d'équipe et le chercheur utilisera par la suite l'approche directe pour la réalisation des entrevues. Les entrevues seront poursuivies jusqu'à ce

que le niveau de saturation soit atteint, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle information ne sera obtenue avec de nouvelles entrevues.

Nature et durée de l'étude

Si vous vous portez volontaire pour participer à cette étude, nous vous invitons à participer un entretien individuel semi-dirigé avec un de nos chercheurs ou assistant de recherche qualifié et entraîné à faire des entrevues. Vous pourriez choisir le moment et le lieu de l'entrevue selon votre commodité et accord. Seulement votre fonction sera mentionnée dans les données recueillies.

Le chercheur ou assistant de recherche vous posera des questions en lien avec votre travail dans la première ligne, vos expériences et vos difficultés rencontrées face à l'évaluation de la santé buccodentaire, ainsi que vos opinions sur le travail interdisciplinaire. L'entretien aura une durée maximale de 1 h et ils pourraient être divisés selon votre emploi du temps. Aucune répétition des entretiens n'est prévue pour une même personne.

Des groupes des discussions sur une base volontaire sont aussi prévus pour cette étude, d'une durée d'environ 45 minutes. Les groupes de discussions auront lieu pendant les rencontres d'équipe des secteurs SAPA et enfance-famille. Ils impliqueront les gestionnaires et les intervenants faisant partie des différentes équipes de soins de première ligne. Le calendrier des groupes de discussion sera établi selon les disponibilités des secteurs. Une même personne participera une seule fois, soit à l'entretien individuel, soit à un groupe de discussion. Cette décision sera prise après discussion avec le chef de service.

Les discussions, individuelles ou de groupe, seront enregistrées avec un magnétophone, car il est impossible au chercheur de tout noter pendant leurs déroulements. Les discussions contenues sur la cassette audio seront ensuite dactylographiées, puis la cassette audio sera détruite.

Conditions de participation

Vous pouvez participer à cette étude si :

Vous travaillez dans un centre de santé et de services sociaux depuis au moins 1 an à titre de médecin, gestionnaire, infirmière, travailleur social, ergothérapeute, nutritionniste, hygiéniste dentaire.

Risques et inconvénients

Participer à ces entretiens ne vous fera courir aucun risque particulier puisqu'il s'agit simplement de discuter avec un chercheur et qu'en outre, on vous garantit la plus stricte confidentialité. Vous aurez le droit, à tout moment, de vous retirer de l'étude. Si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous aurez également le droit de ne pas leur répondre. Dans tous les cas, vous ne subirez aucun préjudice du fait de votre retrait ou parce que vous n'avez pas répondu. Le temps accordé pour la participation à l'étude pourrait constituer un inconvénient pour vous puisque vous devez y réserver environ 1h.

Avantages et bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel par le biais de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. En outre, votre participation pourrait aider les organismes professionnels de la santé à développer des politiques efficaces pour favoriser l'intégration des soins buccodentaires à la première ligne. Cette étude pourrait ainsi avoir des répercussions positives sur le plan de l'accès aux soins et de la santé buccodentaire en général.

Compensation

Il n'y a pas de compensation financière pour la participation à l'étude.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette recherche pourraient être présentés au cours de journées scientifiques et publiés dans des revues scientifiques, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera dévoilée ni dans les présentations, ni dans les publications.

Protection de la confidentialité

Durant votre participation à ce projet, les chercheurs recueilleront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité

scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Toutes les données de recherche recueillies demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche aura accès. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable. Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite. Par contre, les cassettes audio seront détruites lorsque leur contenu aura été dactylographié. Ces données seront conservées au laboratoire de recherche du directeur de cette étude, Dre Emami, à l'Université de Montréal, au local D523 du pavillon Roger-Gaudry.

Il convient de rappeler que la confidentialité des échanges lors des discussions de groupe dépend de l'engagement réciproque des participants à ne pas divulguer l'identité des autres et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé aux rencontres.

Responsabilité et droit de retrait

Votre participation est tout à fait volontaire et en signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait ou d'exclusion, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait ne seront pas détruits afin de ne pas mettre en péril l'intégrité de l'étude.

Tout au long de l'étude, vous serez avisés de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à l'étude. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'auront pas d'impact sur votre emploi, car ces informations ne seront pas transmises à votre supérieur.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet au numéro suivant :

Dre Elham Emami, au téléphone (514) 343-6053 ou par courriel : elham.emami@umontreal.ca.
Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique par courriel : ceres@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante :
<http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Nom et coordonnées.....

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

Coordonnées.....

Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte d'aucune manière votre évolution professionnelle.
Déclaration du participant

Je,, déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints, en avoir discuté avec les chercheurs et avoir compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Prénom et nom du participant
(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Formulaire d'information et de consentement (version en anglais)

ORAL HEALTH CARE INTEGRATION IN PRIMARY CARE SERVICES

PhD student Public Health School

Hermina Teodorescu, DMD, BSc nursing, MSc Adm.
Faculty of medicine, Université de Montréal
C.P.6128 succ. centre-ville
Montréal, H3C 3J7
Tel : 514-343-6111
E-mail : hermina.teodorescu @umontreal.ca

Thesis supervisor

Dre Elham Emami, DDS, MSc, PhD

Faculty of dentistry, Université de Montréal
C.P. 6128, succ. centre-ville
Montréal, H3C 3J7
Tel: 514-343-6053
E-mail : elham.emami@umontreal.ca

Thesis co-supervisors

1. Yves Couturier, M.s.s., Ph.D.
Canada Research Chair in gerontology service integration
Research Center on Aging
Institute of Geriatrics, Sherbrooke
1036 Belvedere Street South
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 4C4
Tel. 1-819 780-2220 p.45143

2. Lise Lamothe, PhD
Faculty of medicine, Université de Montréal
7101, avenue du Parc, suite 3076
Montréal (Québec), H3N 1X7
Canada
Tel (514) 343-7983
e-mail : lise.lamothe@umontreal.ca

Information and Consent Form

General Information

You are invited to participate in this research project that focuses on the oral health and the primary care in Quebec. Before agreeing to participate, please take the time to understand and consider carefully the following information.

This consent form explains the purpose of the study, procedures, benefits, risks and drawbacks, as well as who to contact if necessary.

This form may contain words that you do not understand. If you have any questions about this form, please ask the researcher and other staff involved in this research project and ask them to explain any words or information that is not well understood.

You have a reasonable period of reflection to give your consent and you must return the signed form if you agree to participate in the research project.

Description of the research project

The main goal of any health care system is to reduce disparities in access to services and improve the overall health of individuals. Various studies have highlighted increasing access problems to oral health care in disadvantaged areas and for particular groups of population. The purpose of this study is to explore how oral care could be integrated into primary care and to compare data obtained in rural areas with urban areas. The study will be based on interviews with primary care professionals and managers. Interviews will continue until the saturation level is reached, i.e no new information will be obtained with new interviews.

Nature and duration of the study

If you volunteer to participate in this study, we invite you to participate in individual semi-structured interviews with one of our researchers or research assistant qualified and trained to do interviews. You could choose the time and place of the interview according to your convenience and agreement. Only your function or role will be mentioned in the data collected. The researcher or research assistant will ask you questions related to your work in the first instance, your experiences and challenges facing the assessment of oral health and your opinions on interdisciplinary work. Interviews will take a maximum of 1 hour 30 minutes and they could be divided according to your schedule. No repetition of interviews is scheduled for the same person.

Group discussions on a voluntary basis are also provided for this study. They involve managers and stakeholders as part of different primary care teams.

Discussions, individual or group, will be recorded with a tape recorder. The discussion contained in the audio cassette will then be typed and audio tape will be destroyed.

Conditions for participation

You can participate in this study if: You worked in primary care for at least 1 year.

Risks and disadvantages

Participating in these discussions will not put you at any particular risk because it's about talking to a researcher and in addition, we guarantee the utmost confidentiality. You have the right at

any time to withdraw from the study. If some questions put you at unease or discomfort, you will also have the right not to answer them. In all cases, you will not suffer any prejudice as a result of your withdrawal or because you have not answered. The time allowed for participation in the study could be a disadvantage for you since you have to reserve about one and half hours of your time.

Advantages and benefits

You will not gain any personal benefit through your participation in this study. However, the results may contribute to the advancement of knowledge in this area. In addition, your participation could help professional health organizations to develop effective policies to promote the integration of oral health care in primary care. This study could have a positive impact in terms of access care and oral health in general.

Compensation

There is no financial compensation for participation in the study.

Dissemination of results

The results of this research will be presented during scientific conferences and published in scientific journals, but no identifiable information will be disclosed in any presentations or in publications.

Protection of confidentiality

During your participation in this project, researchers will collect your information in a search folder necessary to meet the scientific objectives.

You have the right to consult your file in order to check the information collected, have it amended as deemed appropriate, as long as the researcher responsible for the project or institution holds this information. However, to preserve the scientific integrity of the project, you could not access some of this information once your participation has ended.

All research data collected will be kept strictly confidential. You will be identified only by a code number which only the research team will have access to. The key code linking your name to your search folder will be kept by the researcher in charge. The research data will be kept for

seven years after the end of the study and will be destroyed thereafter. The audiotapes will be destroyed after their content has been typed. The data will be stored at the research laboratory of the director of the study, Dr. Emami, at University of Montreal, local D523 Roger-Gaudry Pavilion.

It should be recalled that the confidentiality of exchanges during group discussions depends on the mutual commitment of the participants not to disclose the identity of others and nature of trade to people who did not participate in the meetings.

Responsibility and right of withdrawal

Your participation is entirely voluntary and by signing this consent form, you do not waive any of your rights under the law. In addition, you do not relieve the researchers or the establishment of their civil and professional responsibilities.

You may withdraw from this study at any time without giving any reason. You simply have to notify the contact person of the research team and, by simple verbal advice.

In case of withdrawal or exclusion, the information that has been collected at the time of withdrawal will not be destroyed so as not to jeopardize the integrity of the study.

Throughout the study, you will be notified of any new information that might make you reconsider your participation in the study. Participation, refusal to participate or withdrawal from the study will have no impact on your job because this information will not be passed to your supervisor.

Contacts

If you have questions about the scientific aspects of the research project or if you want to withdraw from the study, you may contact the principal investigator of the study at the University of Montreal, Dr. Elham Emami, by telephone: (514) 343 6053 or email:

elham.emami@umontreal.ca.

For information on ethical conditions which enfold your participation in this project, you can contact the Ethics department. Email: ceres@umontreal.ca or by phone at (514) 343-6111 extension 2604.

For more information about your rights as a participant, you can consult the Participant Portal of the University of Montreal at the following address:

<http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Any complaints about your participation in this research may be addressed to the Ombudsman of the University of Montreal, telephone number (514) 343-2100 or email ombudsman@umontreal.ca. The Ombudsman accepts collect calls. They speak French and English both. Calls are accepted between 9a.m. and 5p.m.

Local Ombudsman

.....

Consent

Your participation in this study is entirely voluntary. You are free to accept or decline to participate, without this in any way affecting your professional development.

Participant Declaration

I, accept to have read the attached documents and after discussion with the researchers, have understood the purpose, nature, benefits, risks and drawbacks of the study.

After some thought after a reasonable time, I freely consent to participate in this study. I know that I can withdraw at any time without prejudice.

First and last name of the participant (print
in character)

Signature of participant

Date :

Researcher Declaration

I explained the conditions for participation in research project to the participant. I answered to the best of my knowledge to the questions, and made sure the participant understands. I agree with the research team, to respect what was agreed to this information and consent form.

First and last name of the researcher

(print in character)

Signature of researcher

Date :
